PRZEGLĄD BEZPIECZEŃSTWA PRACY

MR7

WARSZAWA i. ni, witm ŃR I

LISTOPAD 1936

0) T I* O Ś : ć

· S o 111 III u i r e:

KOMUNIKAT

INSTYTUTU
SPRAW SPOŁECZNYCH

W pierwszych dniach grudnia ukaże się

KALENDARZ

BEZPIECZEŃSTWA PRACY

na rok 1937

utrzymany w wygodnym formacie kieszonkowym, 105 X 148 mm., obejmujący: 96 stron dwubarwnego druku bogato ilustrowanego artystycznie wykonanymi rysunkami, filmem i fotografiami.

Treść kalendarza:

1 Dlaczego należy walczyć z wypadkami przy pracy
2 Ile wypadków zdarza się rocznie w Polsce i z jakich przyczyn
3 Co robią za granicą w dziedzinie bezpieczeństwa pracy
4 A co robimy w Polsce
5 Szanuj człowieka pracy oraz środowisko pracy
6 Człowiek jako motor
7 Iak można prostymi środkami zapobiec wypadkom przy pracy
8 Iak spędzać czas po pracy
9 Higiena w domu
10 Informacje o ubezpieczeniach społecznych, obejmujące szereg wskazówek praktycznych, dotyczących ubezpieczeń od wypadków.

Ponadto w kalendarzu zostały ogłoszone dwa konkursy: jeden na najlepsze tematy do plakatów i napisów ostrzegawczych, drugi — na najlepszą fotografię na temat „Człowiek przy pracy".

Na nagrody Instytut przeznaczył około 2 000 zł oraz liczne nagrody rzeczowe, pomiędzy którymi jest pokaźna liczba aparatów fotograficznych, zaofiarowanych przez firmę Kodak w Warszawie.

Prócz tego, w celu wyłącznie atrakcyjnym, zostały wykonane na kartkach kalendarza dwa ruchome obrazy — filmy rysunkowe. Pomysł ten został wykorzystany do tego rodzaju wydawnictw prawdopodobnie po raz pierwszy w świecie: przy szybkim przewracaniu kart, odpowiednio rozmieszczone rysunki dają wrażenie ruchu kinematograficznego.

Cena kalendarza — gr 50 za egzemplarz, przy zamówieniach powyżej 100 szt. — gr 30 — bez kosztów przesyłki.

Zamówienia na kalendarz należy kierować pod adresem Instytutu Spraw Społecznych — Warszawa, Wilcza 1.

Rozsyłanie kalendarza zostanie rozpoczęte około 15 grudnia w kolejności nadsyłanych zgłoszeń.

Przegląd Bezpieczeństwa Pracy

WYDAWNICTWO INSTYTUTU SPRAW SPOŁECZNYCH

WARSZAWA, WILCZA 1 ♦ TELEFON REDAKCJI 960-42 ♦ TELEFON ADMINISTRACJI 960-41

ROK I LISTOPAD— 1936 R. Nr 7

j^^OŚWIADCZENIE nas uczy, ie wiele osób traci tycie lub staje się inwalidami wskutek błędów lub opóźnienia w udzielaniu pierwszej pomocy. Wiadomo również, te znacznej części strat społecznych i gospodarczych, które w postaci rent inwalidzkich, wdowich i sierocych obciążają całość gospodarstwa narodowego, motnaby zapobiec przez usprawnienie organizacji pierwszej pomocy w zakładach pracy.

Uznanie słuszności tych spostrzeżeń, potwierdzonych wynikiem licznych badań, dokonanych na terenie zakładów pracy w kraju i zagranicą, doprowadza do szeregu wniosków, których omówieniu poświęcony jest niniejszy numer Przeglądu.

W uzasadnieniu konieczności usprawnienia służby pierwszej pomocy w zakładach pracy chodzi nie tyle o wypadki ciężkie, w obliczu których całe otoczenie bierze spontanicznie udział w ratowaniu poszkodowanego. Pomoc ta wprawdzie ma często charakter improwizacji, nie mniej faktem pozostaje, że ustosunkowanie się do sprawy ratownictwa jest w danym przypadku pozytywne. Inaczej rzeczy się mają, gdy chodzi o drobne urazy, napozór błahe i nie zwracające na siebie uwagi, wobec których nawet poszkodowany zachowuje się obojętnie, starając się dopomóc sobie samodzielnie, najprostszymi sposobami, przy użyciu najprymitywniejszych środków. Więc kawałkiem szmatki owinie palec lub chustką przecierać będzie oko, aby zeń wydobyć obce ciało — nie donosząc nikomu o wypadku, aż do chwili, gdy nastąpi zakażenie. Wystarczy paru godzin lekceważenia i obojętności, aby drobne skaleczenie przeszło w ciężki, skomplikowany proces, kończący się często amputacją zranionej kończyny, a nawet śmiercią.

Jak wiele jest podobnych wypadków, pozornie drobnych, a groźnych w skutkach ich zaniedbania — stwierdzają dane statystyczne różnych krajów i pizemysłów.

Jeżeli nawet w krajach o należycie uświadomionych i zdyscyplinowanych załogach robotniczych, w krajach o wysokim poziomie kultury — zjawisko to stanowi istną plagę, cóż mówić dopiero o naszych warunkach, w których tyle jeszcze pozostaje do zrobienia w tym kierunku. Pomijając względy czysto humanitarne, straty z tego tytułu sięgają milionowych sum rocznie, milionów wydawanych na lecznictwo i renty, a więc wytrąconych z aktywnych dyspozycyj kraju.

Pogląd, że w wypadkach przy pracy są momenty tzw. losowości, które nie pozwalają na całkowite ich wyeliminowanie można uznać za uzasadniony do pewnego stopnia. Natomiast pogląd podobny w zastosowaniu do zakażeń i chorób, wynikających z drobnych napozór okaleczeń, byłby zupełnie bezpodstawny, gdyż mamy tu do czynienia wyłącznie z brakiem uświadomienia i zaniedbaniem w zakresie pierwszej pomocy.

Obok tego — niewłaściwe lub niedostateczne wyposażenie w zakładach pracy skrzynek ratunkowych (apteczek), brak sprzętu ratowniczego, brak wreszcie kwalifikowanego personelu — wypełniają dostatecznie program energicznej akcji w kierunku usprawnienia służby pierwszej pomocy, służby społeczno-gospodarczej o podstawowym znaczeniu.

Znaczenie społeczne i gospodarcze pierwszej pomocy

Instytut Spraw Społecznych wydal ostatnio pracę dr H. Nowakowskiego p. t. „Organizacja pierwszej pomocy w zakładach pracy", z której podajemy poniżej wyjątki z pierwszego rozdziału, dotyczące gospodarczego j społecznego znaczenia pierwszej pomocy

Obowiązek udzielania pomocy osobie, której życie jest zagrożone, nie wymaga uzasadnienia rozumowego, lecz wypływa z instynktu. O ile sam nakaz jest prosty i jasny, o tyle należyte spełnienie go, takie mianowicie, by pomoc była skuteczna, wymaga wiedzy, umiejętności i stosownych środków. Cóż pomogą najlepsze chęci, niepoparte wiadomościami, wobec porażonego prądem elektrycznym, ileż cierpień sprawia nieumiejętny transport? Jakże często ratujący pogarsza niechcący widoki na odzyskanie zdrowia ratowanego! Pomimo tych oczywistych braków, ha — niebezpieczeństw, nikt nie może wątpić o potrzebie i słuszności nakazu powszechnego, albowiem cechą istotną tych wydarzeń. które wywołują potrzebę pierwszej pomocy, jest *konieczność natychmiastowej pomocy przy niemożności przewidzenia miejsca, czasu i osolty,* będącej jej przedmiotem. Dlatego *najbliższa osoba jest lepsza od najbardziej kwalifikowanej, ale dalekiej.* Zatem sieć ratownicza musi hyć jak najszersza, musi objąć całe społeczeństwo. Ta myśl znalazła swój wyraz prawny w art. 247 Kodeksu Karnego z r. 1932, który brzmi:

„Kto nie udziela pomocy człowiekowi, znajdującemu się iv położeniu, grożącym bezpośrednio niebezpieczeństwem dla życia, mogąc to uczynić bez narażenia siebie lub osób bliskich na niebezpieczeństwo osobiste, podlega karze więzienia do lat 3 lub aresztu do lat 3⁴*.

Takie postawienie sprawy odpowiada poczuciu etycznemu społeczeństwa, nie załatwia jednak zagadnienia skuteczności udzielonej pomocy. Rozwiązanie to może nam dać wyłącznie organizacja pierwszej pomocy pod hasłem: *właściwa pomoc we właściwym czasie.* Da się to zrobić w miarę, jak te trzy niewiadome — miejsce, czas i osoba — dadzą się bliżej określić.

W arunek ten spełniony jest w zakładzie pracy. Miejsce jest wyznaczone przez teren zakładu lub prowadzonych przezeń robót, czas jest dany przez czas pracy, osoba jest dostatecznie określona przez pojęcie załogi pracowniczej. W tycli warunkach, jakby się zdawało, nie powinno być miejsca na pomoc „przechodnia⁴⁴. Niestety, możliwość ta nie jest należycie wyzyskana. Nie trudno znaleźć nawet wielkie zakłady, gdzie ratownictwo ma cechy przypadkowości, nie mówiąc już o zakładach średnich i drobnych.

Nie posiadam liczb dla całej Polski. Dostatecznie charakterystyczne są dane, zebrane w r. 1934 przez d-ra Kałczaka, lekarza łódzkiego okręgu inspekcji pracy. Badaniem objęto 61 zakładów włókienniczych w Lodzi, w tym wszystkie większe fabryki. Tylko w 6 zakładach pomoc była kwalifikowana, pomijając już to. że kwalifikacje przeważnie nie były na odpowiednim poziomie. Przejrzenie 200 kolejno wpływających zgłoszeń wypadkowych nadesłanych inspekcji pracy, dało wynik następujący: 73 karty nie zawierały danych o pierwszej pomocy; z pozostałych 127 kart wynika, że w 37 wypadkach nie udzielono żadnej pomocy, w 32 wypadkach udzieliły jej osoby niewykwalifikowane, a tylko wʳ 38 wypadkach pomoc była kwalifikowana; z tych 38 wypadków 7 było tak ciężkich, że wzywano pogotowie ratunkowe. które udzieliło pomocy, 9 zostało opatrzonych w- pobliskim ambulatorium uhezpieczalni społecznej; jedynie w 22 wypadkach pomoc została okazana przez siły kwalifikowane, z terenu zakładów pracy.

Jakkolwiek u nas stosunki w tej mierze przedstawiają się szczególnie niepomyślnie, stwierdzić możemy, że i w innych krajach istnieją jeszcze poważne zaniedbania. Z Anglii. kraju pionierskiego w dziedzinie ochrony pracy, pragnę przytoczyć wynik dochodzeń dr. Cronina, przeprowadzonych w r. 1925 na zlecenie centralnych władz górniczych w 501 kopalniach. Znalazł on doskonałą organizację pierwszej pomocy tylko w 7,2% zwiedzonych kopalń, dostateczną w 35,3%, stan zaś niezadowalający w 57,5%. Wymowę tych liczb uświadomimy sobie należycie, jeśli zważymy, że ze względów łatwo zrozumiałych górnictwo na ogół lepiej niż inne gałęzie przemysłu docenia znaczenie organizacji ratownictwa.

Narzuca się wręcz pytanie, czym się tłumaczy tak niepomyślny stan rzeczy w dziedzinie, posiadającej przywilej oparcia o potężny instynkt. Może właśnie automatyzm, cechujący wszelkie działanie instynktowne, przyczynił się do tego, że na zagadnienie to stosunkowo tak mało zwracano uwagi. Przede wszystkim jednak jest to teren graniczny, a tym samym do pewnego stopnia bezpański. Pierwsza pomoc w zakładach pracy graniczy z lecznictwem z jednej, a z higieną i bezpieczeństwem z drugiej strony. Swą treścią pierwsza pomoc należy do lecznictwa. Chodzi o tego czy innego rodzaju zaburzenia procesów życiowych, które powinny być usunięte w' celu przywrócenia zdrowia. Otóż lecznictwo, aby się doskonaliło, musi dążyć do osiadłości i do centralizacji. Powstają ośrodki lecznicze, w których w najkorzystniejszych warunkach zewnętrznych, przy użyciu coraz to większej aparatury, specjaliści, wspomagani przez wyszkolony personel pomocniczy, mogą okazać pomoc najwyższej jakości. Temu zawdzięczyć należy znaczne podniesienie się poziomu lecznictwa. Stworzone zostały nowe możliwości pomocy w przypadkach dawniej beznadziejnych. Lecz tu powstaje konflikt. Wszystkie te możliwości techniczne nowoczesnego lecznictwa nie mogą być w pełni wyzyskane na rzecz osób, które by najwięcej ich potrzebowały, jak ofiary ciężkich wypadków, zatruć i t. d., z uwagi na odległość, która je dzieli od takich ośrodków leczniczych.

Z czynnikiem czasu lecznictwo indywidualne liczyć się nie mogło również dla tego, że istnieje zasada pozostawiania choremu swobody i nie narzucania mu — czy w ogóle będzie się leczyć, u kogo i kiedy. Organizacja lecznictwa zaczyna się więc troszczyć o chorego dopiero od chwili dostarczenia go w ręce lekarza. W przypadkach zwykłych schorzeń stan ten przeważnie nie przedstawia większych trudności. Pozostaje jednak dotkliwa luka w przypadkach najcięższych, kiedy sekundy i minuty mogą decydować o życiu lub śmierci oraz w przypadkach najlżejszych, gdy strata czasu związana z odszukaniem lekarza, może skłonić chorego do zrezygnowania z jego pomocy. Naturalnym następstwem tego stanu rzeczy było skupienie uwagi świata lekar-

skiego na chorych i stanach chorobowych, dostępnych badaniu i oddziaływaniu w gabinetach lekarskich i salach szpitalnych. Zagadnienie pomocy dla osób, nie trafiających w ręce lekarza lub trafiających za późno, pozostawało w cieniu. Organizacja lecznictwa nie pokrywa i pokryć nie może całego terenu, który merytorycznie do niego należy. Ten niezajęty teren jest właśnie domeną pierwszej pomocy. Nie dziw, że w tych warunkach nie jest ona teoretycznie dostatecznie opracowana, ani praktycznie należycie opanowana.

1 razy przy pracy i nagłe zachorowania podczas pracy występują na terenie, na którym działa luh działać powinna akcja higieny i bezpieczeństwa pracy. Lecz reprezentanci tej dziedziny, lekarz-higienista pracy i inżynier bezpieczeństwa, mieli wzrok skierowany przede wszystkim na zapobieganie wypadkom i chorobom zawodowym. Merytoryczne opanowanie pierwszej pomocy przekracza do pewnego stopnia ich kompetencje fachowe. Tak więc stało się możliwe, że nawet przy wysokim poziomie lecznictwa, higieny i bezpieczeństwa pracy pierwsza pomoc daleko za nimi pozostała w tyle, na poziomie działalności raczej odruchowej, zadowalającej raczej instynkt ratującego, niż istotne potrzeby ratowanego. Dopiero rozwój higieny publicznej, zwłaszcza higieny społecznej i ubezpieczeń społecznych, nauczył nas doceniać należycie konieczność powiązania lecznictwa z higieną i bezpieczeństwem pracy poprzez racjonalną organizację ratownictwa na terenie warsztatów pracy.

/ uwzględnieniem momentów higienicznych i ubezpieczeniowych sprawa przedstawia się następująco: *wiele osób ttaci życie lub staje się inwalidami nie tyle dla tego, że uległo wypadkowi lub nagle zachorowało, ile wskutek błędów lub opóźnienia w udzielaniu pomocy.* Znacznej części strat społecznych i gospodarczych, które w postaci rent inwalidzkich, wdowich i sierocych obciążają produkcję i całość gospodarstwa narodowego, można by zapobiec przez usprawnienie organizacji pierwszej pomocy w zakładach pracy.

Przemysłowcy amerykańscy doprowadzili organizację fabryczną pierwszej pomocy do bardzo wysokiego poziomu, przekonali się bowiem, że poza względami humanitarnymi należyte zorganizowanie pomocy daje korzyści materialne. Koszt tej organizacji okazał się niższy od sumy, którą można dzięki niej zaoszczędzić. Stało się to zachętą do rozwinięcia organizacji pierwszej pomocy w kierunku pełnej służby lekarskiej w przemyśle. Stąd trudno jest o dane liczbowe, dotyczące wyników samej tylko pierwszej pomocy. Jedno takie obliczenie podaje M o c k. Obliczył on koszt całkowitej służby zdrowia na terenie fabryki i uzyskane dzięki niej oszczędności w' stosunku do przeciętnej fabryki, zatrudniającej 1000 robotników. Koszt ten wynosi 2210 dolarów' rocznie, oszczędności zaś łącznie 4230 dolarów. Pozostaje czysty zysk pieniężny w sumie 2020 dolarów. Oszczędność na samym tylko opanowaniu zakażenia przyrannego szacuje on na 2442 dolary. Jak widać, ta jedna pozycja pokrywa koszt całkowitej organizacji fabrycznej służby zdrowia. Zwiedzając szereg fabryk amerykańskich, słyszałem potwierdzenie tego faktu z ust kilku lekarzy fabrycznych. Łączny efekt dobrej organizacji pierwszej pomocy i służby bezpieczeństwa pracy w fabryce, której lekarzem jest dr. Clark, na zmniejszenie liczby dni straconych z powodu wypadków przy pracy przedstawia się następująco: liczba wypadków, wywołujących stratę ponad 24 godzin, w stosunku do 100 robotniko-lat spadła z 7,1 w r. 1918, w którym akcja została podjęta, do 0,3—0,6 począwszy od r. 1924. Spadła więc o 92—96% w stosunku do pierwszego roku.

Zagadnieniem kosztów pierwszej pomocj i możliwych oszczędności w górnictwie angielskim zajął się również C r o n i n. Uzyskał on dane o kosztach pierwszej pomocy z 10 kopalń, posiadających najlepszą organizację, nie wymagającą żadnych uzupełnień. Średni koszt wydatków bieżących na robotnika i rok wypadł wr wysokości 7,3 pensów. Utrzymanie doskonałej organizacji wr rozmiarach. jakich poza górnictwem potrzeba tylko wyjątkowTo, kosztowałoby więc kopalnię, zatrudniającą 1000 robotników, niecałe 40 funtów st. rocznie. W kopalni tych rozmiarów koszt pierwszego urządzenia szacuje Cronin na około 250 f. st.

Oszczędności obliczył w sposób następujący: zebrał koszty odszkodowania wypadków' z 20 kopalń znajdujących się w podobnych warunkach, ale różniących się wybitnie pod względem sprawności pierwszej pomocy; koszt odszkodowania na tonę wydobytego węgla przy dobrej organizacji pierwszej pomocy wynosił średnio 3,1 pensa, przy złej organizacji 6,7 pensa, przeszło dwukrotnie więcej; przytoczył pouczający przykład pewnej kopalni, w której po przybyciu nowego kierownika, dbałego o pierwszą pomoc, w- przeciągu dwróch lat koszt odszkodowania wrypadków spadł z 8 pensów na tonnę poniżej 4 pensów, mimo że uwzględniono w kosztach zwiększone z tego tytułu wydatki rzeczowa i pensje dwróch sanitarjuszów, zajmujących się wyłącznie pierwszą pomocą: pieniądze włożone w nową organizację zwróciły się, oczywiście, z naddatkiem.

Jak stosunkowo drobne są wydatki, związane z pierwszą pomocą, dowodzi również doświadczenie jednej z większych fabryk krajowych. Posiada ona wzorową organizację pierwszej pomocy i liczba wypadków, przeważnie drobnych, wynosi około 2 na robotnika i rok. Otóż koszt bieżący utrzymania apteczek oddziałowych przy przeszło 2000 robotników wynosi rocznie 500 zł., czyli 25 groszy na robotnika i rok.

Natomiast wydatki naszych ubezpieczeń społecznych na leczenie i odszkodowanie wypadków przy pracy wynoszą rok rocznie wiele milionów. Adamiecki szacuje je na przeszło 100 mil jonów rocznie. Zmniejszenie tych wydatków o parę procent dałoby już milionowe oszczędności. Istnieją po temu wszelkie dane, aby twierdzić, że jest to do osiągnięcia przez należytą organizację pierwszej poinoey. New<|ii ist na podstawie szeregu nowych badań, przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, dochodzi do wniosku, że na tej drodze da się zaoszczędzić conajmniej *1la* czasu straconego wskutek wypadków przy pracy. Gorinewska stwierdza na podstawie doświadczenia fabryk sowieckich, zaopatrzonych w odpowiednią organizację pierwszej pomocy. że przeciętny czas leczenia wypadków zmniejszył się średnio z 14 na 7—8 dni, czyli blisko o 50%. O ile to tak poważne skrócenie czasu leczenia musi wpłynąć na obniżenie kosztów leczenia wypadków, szacowanych u nas przez Adamieckiego na 37 miljonów rocznie, o tyle idące z tym w parze poważne zmniejszenie stopnia pozostającego inwalidztwa powinno wyrazić się w równoczesnym obniżeniu ciężaru rent wypadkowych.

W świetle tych faktów i liczb można należycie ocenić ogrom strat społecznych i gospodarczych, które ponosimy skutkiem zaniedbań w zakresie organizacji pierwszej pomocy w zakładach pracy. Nie wyzyskalibyśmy wszystkich możliwości pożytku dla pracowników, przemysłu i gospodarstwa narodowego. opierając się wyłącznie na instynkcie pomocy, apelując do uczuć samarytańskich. Właściwe miejsce dla pierwszej pomocy na terenie warsztatów pracy jest w ramach planowej akcji obrony życia i zdrowia mas pracujących. kierowanej przez powołane do tego władze.

Organizacja doraźnej pomocy sanitarnej na terenie dużej fabryki chemicznej

Dr Witold Szymborski

Kwestia organizacji, wyposażenia i sposobu funkcjonowania służby sanitarnej doraźnej pomocy na terenach zakładów przemysłowych nie została u nas dotąd ujęta w żadne obowiązujące ramy. Nie posiadamy w tym względzie żadnych przepisów lub wzorów, a nawet piśmiennictwo nasze nie może poszczycić sią opisami udatnych rozwiązań tego ważnego zagadnienia. Braki te dotkliwie odczułem, gdy, pełniąc funkcje lekarza fabrycznego w dużej fabryce chemicznej, przystąpiłem do zorganizowania i wyekwipowania służby ratowniczej. Nie posiadając żadnych wypróbowanych wzorów, poczynania swe traktować musiałem jako eksperyment, w dodatkwi — eksperyment b. kosztowny, na przeprowadzenie którego uzyskałem zezwolenie dyrekcji, dbałej o dobro swych pracowników. Dziś, po rocznym z górą doświadczeniu i po przebyciu niejednej próby ogniowej — eksperyment ten uznać muszą za całkowicie udany i dlatego uważam za wskazane podać go do wiadomości publicznej.

Zadanie lekarza fabrycznego polega ni. i. na kompletowaniu jakościowo i ilościowo dostatecznego, a nieobciążonego artykułami zbędnymi, zestawu leków, materiałów opatrunkowych i narzędzi pomocniczych — gwarantujących możność doraźnego, szybkiego i łatwego zaopatrzenia każdego wypadku, jaki może się zdarzyć na terenie fabryki.

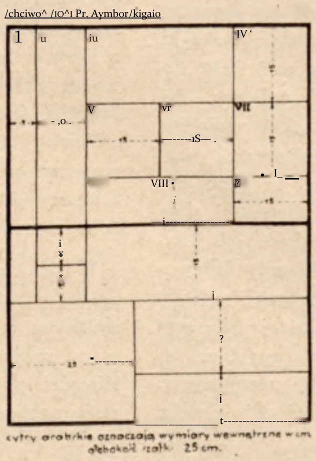
Zestaw wymienionych pomocy, w warunkach w jakich się znalazłem, musiał być: 1) umieszczony celowo, w miejscu łatwo dostępnym. czystym, możliwie widnym, bezpiecznym i zaopatrzonym w wodę, 2) zabezpieczony od uszkodzeń i zaginięć 3) rozmieszczony racjonalnie, w sposób typowy, ujednostajniony, umożliwiający łatwą orientację, oraz kontrolę „rzutem oka", 4) zawsze gotowy do użytku, 5) tani. 6) funkcjonować sprawnie bez zakłócenią normalnego biegu pracy na wydziale, 7) zajmować jak najmniej miejsca. 8) pozostawać pod troskliwy opieką i surową odpowiedzialnością wyznaczonej osoby.

W tym celu — po gruntownym zapoznaniu się z topografią fabryki, rodzajem i metodami pracy, rozmieszczeniem i zaludnieniem budynków — wyznaczyłem w ścisłym porozumieniu z kierownictwem poszczególnych wydziałów, szereg punktów opatrunkowych, których wyposażenie stanowiły: 1) apteczka, 2) lampa elektryczna, 3) szeroka ławka lub leżak, 4) 1 — 3 krzeseł, 5) kartonowa tablica ścienna z krótką instrukcją pomocy doraźnej, ponadto — co trzeci punkt posiadał: 1 parę noszy składanych amerykańskich w stojaku i zaplombowaną szafkę zawierającą: 2 koce, 2 prześcieradła, 2 ręczniki i butlę z tlenem, względnie aparat tlenowy.

Apteczka pomyślana została w postaci drewnianej, biało lakierowanej wiszącej szafki (rys. 1 i 3) o wymiarach zewnętrznych około: 70X95X30 cm. Szafka została wykonana z desek sosnowych grubości ok. 2,5 cm i podzielona przegrodą poziomą (półką) z lakiejże deski na 2 równe części, z których górna przeznaczona jest na pomieszczenie materiału opatrunkowego, lekarstw i narzędzi do użytku podręcznego, oraz książki punktu opatrunkowego. Całość — zamknięta jednoskrzydłowymi oszklonymi drzwiami, otwieranymi kluczem od strony lewej ku prawej. Zarówno górna, jak i dolna część poprzedzielana jest na szereg dodatkowych przegródek, których wewnętrzne wymiary oraz rozmieszczenie ilustruje schemat (rys. 2). Część górną zamykają dodatkowe (nieoszklone) drzwiczki z jednego kawałka grubej dykty, otwierane z dołu do góry; na ich zewnętrznej stronie znajduje się ramka do wkładania podpisanej przez kierownika wydziału i lekarza fabrycznego karty z nazwiskiem. numerem marki wydziałowej i oznaczeniem miejsca pracy ratownika i jego zastępcy; nad nia czerwony krzyż i na-



Rys. 1



Rys. 2



Rys. 3

pis: „Apteczka Podręczna". Na drzwiach głównych ponad szybą uwidoczniony jest numer punktu opatrunkowego. Na bocznej ścianie szafki znajduje się oszklona i zaplombowana skrzyneczka zawierająca zapasowy klucz do drzwi apteczki, a pod ścianą dolną przymocowana jest wysuwana półeczka, zastępująca stolik. Nad ściana górną sterczą 2 pionowe sworznie żelazne, służące do nadziewania łubków, które, z bruku innego pomieszczenia — leżą przymocowane plombą na szafce.

Całkowity materiał kancelaryjny stanów i jedna, mocno oprawna książka o długości grzbietu 16 cm i krawędzi górnej 25 cm z uwidocznieniem na karcie tytułowej numeru punktu, daty jej rozpoczęcia i ukończenia oraz dnia, wyznaczonego na miesięczne uzupełnienia i kontrolę punktu. Książka zawiera: schemat wyekwipowanej apteczki, regulamin punktów doraźnej pomocy. 200 porubrykowanych stronic do wpisywania zgłoszeń -- wszystko na kartkach białych, a <1 alej — 20 kartek perforowanych czerwonych z druczkami do sporządzania protokółów otwarcia rezerwy; 16 kartek żółtych do wydzierania z druczkami protokółów uszkodzenia lub zaginięcia części wyekwipowania punktu, niepodlegających zużyciu, wreszcie — 60 kartek zielonych (co druga perforowana) do wypisywania przez kalkę zapotrzebowań na uzupełnienie materiałów.

Zawarte w apteczce naczynia i narzędzia są ściśle ustalonego wzoru i iormatu, przy czym ustawione są w sposób typowy, którego zmieniać nie wolno. Na wszystkich naczyniach znajdują się etykietki (również wzoru ustalonego) w kolorach białym (środki do użycia wewnętrznego) i brunatnym (środki zewnętrzne), określające nazwę i krótki sposób użycia danego leku. Etykietki te powleczone są przezroczystym lakierem kolodionowyin (niezmywalnym).

Użyto przeważnie zwykłych flaszek aptecznych, t. zw. ekspedycyjnych, w lepszym gatunku. Korki — przy roztczynacb wodnych zastosowano zwykłe. przy innych — gumowe lub szklane, szczelnie dotarte; flaszkę z kolodium zamknięto kapslem gumowym, typu używanego przy ampułkach z surowicą. Na specjalne omówienie zasługuje flakonik do jodyny: użyto w tym celu zwykłego flakonika do perfum pojemności lOcm, zamykanego metalową nakrętką z koreczkiem. Flakonik ten, (rys. 5 i 6), posiadający maleńki otworek napełnia się jodyną przy pomocy zwykłej strzykawki luerowskiej



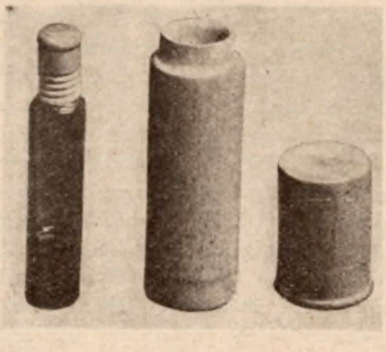
Rys. 4

(szklany tłok) i starej zużytej igły „reeord". Jodynowanie odbywa się przez nakapanie z otworka flakonika niezbędnej ilości jodyny na naskórek w pograniczu rany (rys. 5). Dla ochrony przed światłem flakon schowany jest w drewnianym futerale (rys. 6). Flakonik ten zaoszczędził zbędny rozchód przeszło 20 litrów jodyny rocznie, przedtem bowiem jodynowanie uskuteczniali robotnicy przez zalanie skaleczenia w'prost z butelki lub smarowanie dużym, obficie namoczonym kłakiem waty, wyrzucanym po użyciu.

Zalet> wprowadzenia pojedyńczych gazików, sterylizowanych wraz z opa-



Rys. 5



Rys. 6

kowaniem, są tak oczywiste, że zbędne byłoby ich opisywanie. Podkreślić należy taniość takiego opatrunku. Gazik w kształcie kwadratu o boku 10. 15 lub 25 cm składa się wzdłuż 2 linij poziomych i 2 pionowych, dzielących go na 9 mniejszych kwadracików i wkłada do odpowiedniej koperty papierowej z wydrukowanym na niej sposobem użycia, po czym kopertę zamyka się przez zakarbowanie na zwykłej maszynce, używanej w biurach do pieczętowania listów, i sterylizuje w' autoklawie. Do użytku wyjmuje się jałowy gazik pincetą, po oddarciu górnego brzegu koperty i uciśnięciu palcami bocznych jej krawędzi.

Przy ciężkich wypadkach, usługi wprost nieocenione oddawały duże. wyjałowione opatrunki tzw[r]. „typu B[4]'. wyrabiane przez Centralną Składnicę Sanitarną M. S. Wojsk. Stanowią one podstawowy i doprawdy — niezastąpiony niczym składnik „rezerwy[41].

Doskonałymi do ucisku tętnic okazały się też opaski „Haemostator[44] Singera (rys. 4), których wadą prawie jedyną, jest stosunkowo wysoka cena. zalety ich jednak w' porównaniu z wężem gumowym są tak wielkie, że wydatek ten warto ponieść.

Funkcjonowania punktu normował dokładny regulamin, którego przestrzegania pilnowałem pod rygorem kar za wykroczenia: okazje wszakże po temu zdarzyły się — zaledwie 2 razy w ciągu 1 roku. Nie zanotowano też w ciągu tego czasu ani jednego przypadku kradzieży części wyekwipowania apteczki, a kradzieże takie były poprzednio plagą nie do zwalczenia i powtarzały się systematycznie, wskutek czego apteczki stały pustkami, a odpo-

wiednie szafki stanowiły -skład wszelkiego rodzaju rupieci, którymi usiłowano zamaskować brak istotnych części wyekwipowania. Niedociągnięcia te przeważnie uchodziły bezkarnie, gdyż winnych trudno było odnaleźć, a poza tym ilość flaszek zawsze odpowiadała stanowi spisu inwentarza, luli nawet przewyższała go, gdyż kradnący np. buteleczkę z jodyną wstawiał na jej miejsce 1 lub 2 puste, co przy nieujednostajnionym wzorze — przychodziło z łatwością. Zdarzało się również, że sąsiednie apteczki prowadziły swego rodzaju „handel wymienny“, „sprzedając“ np. krople Walerianowe za jodynę, lub płyn Burowa, albo też „wypożyczając“ poszczególne leki czy narzędzia sąsiadom, co stwarzało trudności w kontrolowaniu, a samo kontrolowanie — było właściwie fikcją. Obecnie kontrola odbywa się kilka razy na tydzień w ten sposób, że felczer fabryczny kontroluje apteczki „rzutem oka“ po przez szybę, sprawdza, czy wszystko w porządku, a ratownik wie, że już przestawienie flaszeczki na niewłaściwą półkę, a nawet przesunięcie jej z miejsca wyznaczonego o kilka cm może go kosztować złotówkę kary. Bardzo ważnym punktem w walce z nadużyciami jest wprowadzenie zażywania leków w obecności ratownika, co uniemożliwia zbieranie przez niektórych robotników poprostu kolekcyj bandaży, proszków od bólu głowy i t. p.

Nie posiadając miarodajnej statystyki frekwencji na punktach opatrunkowych przed wprowadzeniem opisanego systemu, musiałem porównania ilościowe robić „na oko“. Z tych porównań przybliżonych wynika, że frekwencja na poszczególnych punktach wzrosła 2 — 5-krotnie, natomiast w w sposób widoczny zmniejszyła się ilość zropiałych ran i ranek, ropni, ropowic itp„ zmniejszył się też koszt utrzymania apteczek w porównaniu z latami ubiegłymi prawie dwukrotnie.

Dzięki wprowadzeniu prostej, przejrzystej księgowości punktów — można będzie zbierać pewne interesujące dane statystyczne, które wymową cyfr stwierdzą celowość dobrego i racjonalnego prowadzenia pomocy doraźnej.

Na zakończenie dodam, że kandydatów na ratowników dobierałem wyłącznie z pośród ochotników, zgłaszających się b. licznie i b. sumiennie uczęszczających na wykłady i ćwiczenia przygotowawcze, mimo że odbywały się one wyłącznie w godzinach poza biurowych. Robotnicy garnęli się chętnie do służby samarytańskiej, okazując wielkie zainteresowanie sprawami sanitarnymi, a wybór jednego z nich na ratownika, lub choćby zastępcę — uważany był za wyróżnienie. Surowy i ściśle przestrzegany regulamin nie tylko nie odstraszał nikogo, lecz przeciwnie — zachęcał do pracy na tym terenie. Gwarancja bowiem że praca w tym dziale nie idzie na marne znajdowała wśród rzesz pracowniczych duże zrozumienie. Wyrazem tego były liczne, samorzutnie wpływające do mnie w czasie prac organizacyjnych prośby robotników 0 wprowadzenie surowych represyj przeciw nadużyciom, oraz informacje dotyczące rodzajów i sposobów popełniania tych nadużyć. Wiele z nich było dla mnie faktycznie cennymi wskazówkami i znalazło odbicie w redakcji poszczególnych paragrafów regulaminu 1 instrukcji.

Regulamin punktu

§ 1 Punktem doraźnej pomocy nazywa się miejsce, w którym umieszczona jest apteczka podręczna i w którym, lub w najbliższym sąsiedztwie którego, stale przebywa osoba, przydzielona do obsługi apteczki i opieki nad nią, zwana ratownikiem.

§ 2 Punkty doraźnej pomocy posiadają numery kolejne, uwidocznione na drzwiczkach apteczek. Za szybą szafki umieszczona jest karta z wypisanym nazwiskiem, imieniem i Nr. marki ratownika i jego zastępcy. Kartonik podpisany jest przez kierownika wydziału, w którym znajduje się apteczka, oraz przez lekarza fabrycznego.

§ 3 Apteczka mieści się w szafce ustalonego wzoru, podzielonej na dwie części: dolną, zawierającą leki. materiał opatrunkowy oraz sprzęt podręczny do użytku bieżącego i górną, zawierającą rezerwę materiału opatrunkowego na wypadek cięższego uszkodzenia ciała jednej lub więcej osób. Rezerwa zamknięta jest dodatkowymi drzwiczkami i zaplombowana plombą Wydziału Sanitarnego.

Uwaga: Apteczki w lokalach, nie wymagających przechowywaniu rezerwy materiału opatrunkowego, (np.: kasyna, łaźnie, kolonie mieszkalne i t.p.) umieszczone są w szafkach nie typowych i posiadają wyposażenie specjalne.

§ 4 Wyposażenie apteczek jest ujednostajnione dla wszystkich punktów istniejących na wydziałach fabrycznych i zmienione być może jedynie zarządzeniem lekarza fabrycznego. Nikt inny nie jest upoważniony do wprowadzenia zmian w apteczce, wszelkie zaś wykroczenia w tym kierunku będą surowo karane. Zmiany zarządzone przez lekarza fabrycznego powinny być niezwłocznie uwidocznione w spisie wyposażenia apteczki, umieszczonym w książce punktu, która znajduje się w każdej szafce.

§ 5 Każda część wyposażenia posiada przeznaczone dla siebie miejsce, którego zmienić pod żadnym pozorem nie wolno.

§ 6 Surowo zabrania się przechowywania w szafce apteczki przedmiotów nie objętych spisem wyposażenia. Nie dopuszczalnym jest również umieszczanie czegokolwiek na wierzchu szafki.

§ 7 Wynoszenie poza obręb punktu, oraz wypożyczanie części wyposażenia apteczki jest wzbronione. Opakowania, jak flaszki, słoiki i t. p. wynosić wolno jedynie do ambulatorium centralnego celem uzupełnienia zużytego materiału; to samo tyczy się książki punktu. Z wyposażenia apteczek wynosić wolno tylko opaskę uciskającą, nałożoną na krwawiącą kończynę. Wyjątki dopuszczalne są jedynie na wyraźne polecenie lekarza.

§ 8 Do wykonywania pieczy nad apteczką wyznaczony jest ratownik przez kierownika odnośnego wydziału w porozumieniu z lekarzem fabrycznym. Ratownik powinien: a) być obeznany teoretycznie i praktycznie z zasadami udzielania doraźnej pomocy sanitarnej, b) posiadać miejsce pracy w najbliższym sąsiedztwie swego punktu i rodzaj pracy nie wymagający wydalania się poza najbliższy obręb punktu, c) posiadać dobre zasady czytania i pisania, d) znać niniejszy regulamin oraz instrukcję i ściśle ich przestrzegać, e) skrupulatnie prowadzić książkę punktu, f) utrzymywać we wzorowej czystości i porządku punkt doraźnej pomocy i apteczkę, g) oszczędnie, bez szkody jednak dla zdrowia chorych i poszkodowanych, używać materiału apteczki, h) pilnować, by wydawane leki używane były zawsze i tylko w jego obecności.

Wyekwipowanie

A. W części podręcznej:

1 księga punktu i ołówek kopiowy ....

2 szufladka z proszkami od bólu głowy, aspiryną w tabl. à 0,5, przylepcami (leuko-plast.) i agrafkami

3 szufladka z wyjałowionymi gazikami o wymiarach 10X10, 15X15, 25X25 cm odpowiednio złożonymi, zapakowanymi w zapieczętowanych kopertach papierowych, po 1 w każdej (nie klejone koperty, lecz zakarbowywane) .

4 flakon specjalny w futerale drewnianym z jodyną 10 gr

5 butelka z rozcieńczonym do użytku (3%) rozczynem taniny.............................. 200 ccm

6 butelka z jodbenzyną . . 200 g

7 butelka z 3% rozczynem kwasu bornego . . . . 200 „

doraźnej pomocy

Uwaga: W punktach, gdzie praca odbywa się na 2 lub 3 zmiany powinny być wyznaczone osoby po jednej z każdej zmiany. Każda z osób wyznaczonych posiada jednego zastępcą, również zatwierdzonego przez lekarza fabrycznego. Zastępca odpowiadać musi tym samym wymaganiom co ratownik.

§ 9 Klucz od szafki aptecznej znajduje się w posiadaniu ratownika, w razie zaś jego nieobecności u zastępcy. Po ustaniu pracy na wydziale klucz pozostaje u portiera wydziału. Wyniesienie klucza poza obręb wydziału jest karane, tak samo, jak jego zgubienie. Klucz zapasowy przechowywany ma być w zaplombowanej skrzyneczce, umieszczonej na boku szafki.

§ 10 Do korzystania z apteczki uprawniona jest każda osoba, bez względu na stosunek do fabryki, która uległa zachorowaniu, lub nieszczęśliwemu wypadkowi w obrębie działania danego punktu. Osobie takiej należy udzielić pomocy doraźnej, zabronione jest natomiast korzystanie z apteczek w przypadkach nagłych, np. zmiana opatrunku. Takie przypadki należy kierować wprost do Ośrodka Zdrowia.

§ 11 Każdy wypadek zgłoszenia na punkt doraźnej pomocy, choćby nie pociągnął za sobą zużycia materiału (mierzenie ciepłoty ciała, porada i t. d.) powinien być niezwłocznie po załatwieniu zarejestrowany w książce punktu. Pisać należy czysto, porządnie i czytelnie, wypełniając wszystkie rubryki. W razie okaleczenia poważniejszego — należy poszkodowanego skierować do centralnego ambulatorium, o ile zaś stan zdrowia istotnie nie pozwala na to, lub ambulatorium jest nieczynne — wezwać lekarza fabrycznego lub lekarza dyżurnego na miejsce wypadku. Do chwili przybycia pomocy fachowej nie wolno opuszczać chorego.

§ 12 W każdym wypadku, do załatwienia którego nie wystarczy wyekwipowanie części podręcznej apteczki — należy otworzyć (przez zerwanie plomby) rezerwę i udzielić niezbędnej pomocy, równocześnie zawiadamiając lekarza fabrycznego lub jego zastępcę.

§ 13 Natychmiast po załatwieniu przypadku przewidzianego w § 12 — ratownik wypełnia protokół otwarcia rezerwy i jak najszybciej przesyła go lekarzowi fabrycznemu, który niezwłocznie zarządza uzupełnienie zużytego materiału i zaplombowanie rezerwy. Niedostarczenie lekarzowi fabrycznemu protokółu w ciągu 12 godzin od chwili załatwienia przypadku — podlega karze.

§ 14 W razie uszkodzenia plomby na drzwiczkach rezerwy, należy natychmiast zawiadomić lekarza fabrycznego, podając wykaz ewentualnych uszkodzeń lub braków. Lekarz fabryczny zarządza sprawdzenie zawartości i ponowne zaplombowanie.

§ 15 Odpowiedzialność materialną i dyscyplinarną za uszkodzone lub zaginione części wyekwipowania punktu pomocy doraźnej ponosi ratownik, o ile nie zostanie dowiedziona wina innej osobie.

§ 16 Uzupełnienia materiału wyekwipowania części podręcznej apteczki odbywają się w centralnym ambulatorium fabrycznym. Dodatkowe uzupełnienia wyznacza się za wiedzą lekarza fabrycznego.

§ 17 Osoba odpowiedzialna za apteczkę podlega w zakresie niniejszym regulaminem objętym — lekarzowi fabrycznemu, w zakresie innych czynności służbowych — swoim naturalnym przełożonym.

§ 18 Regulamin niniejszy wchodzi w życie z dniem ogłoszenia. Z tą chwilą wszystkie poprzednio wydane tracą moc obowiązującą.

szafki aptecznej

8 butelka z alkoholem 75%, zabarwionym jodem . . 100 „
9 butelka z wodą utlenioną 3% ... 50 „
10 butelka ze stężonym 30% rozczynem taniny . . . 50 „
11 butelka (z dzióbkiem) z kroplami Walerianowymi . 25 „
12 butelka z kroplami od bólu zębów ... 15 „
13 butelka (z dzióbkiem) z krojilami Inoziemcowa . 15 „
14 butelka ze szklanym korkiem z amoniakiem . 10 „
15 butelka zamykana kapslem gumowym z kolodium . . 20 „
16 tuba z maścią cynkową 25 „
17 tuba z maścią borną . 25 „
18 rurka z watą żelazną hemostatyczną . . . . 10 „
19 butelka z wodą destylowaną 1 litr
20 butelka z rozcieńczonym (do użytkwi) płynem Burowa... 0,5 „
21 słoik z korkiem szklanym z sodą oczyszczoną ... 80 gr
22 oj>aska uciskająca Singer a „Haemostator" . . . . 1 szt
23 szklanka ze spodkiem . 1 „
24 słoik z 1 nożyczkami i 1 pincetą (nierdzewna stal, długość 13 cm) w lyzoformie 1 „
25 termometr lekarski w futerale 1 „
26 lejek szklany . . . . . 1 „
27 miarka szpitalna (szklaneczka z podziałką do lekarstw) 1 „
28 klin drewniany do rozwierania szczęk 1 „
29 wanienka (kieliszek) z grubego szkła do płukania oczu 1 „
30 mydelniczka z kawałkiem mydła sublimatowego . . 1 „
31 szczotka do rąk . . 1 „
32 koperta z papierem woskowanym (zamiast ceratki) 1 arkusz 1 Yi m~
33 lignina w rolkach 100 gramowych . . . . . 2 szt.
34 bandaże muślinowe 10X 500 cm... 10 „
35 bandaże muślinowe 5 X 500 cm 30 „
36 wata biała higroskopijna w rolkach 25 gramowych . 3 „
37 nóż z ostrym końcem zwykły ze stali nierdzewnej (dlwigość ostrza 13 cm) 1 „
38 rękawice gumowe grube (do ratowania rażonych prądem) 1 para
39 bagietka szklana . . . . 1 szt.
40 łyżeczka aluminiowa . . 1 „
41 talk w pudełku z sitkiem 30g

Jest to wyposażenie zasadnicze, do którego w miarę potrzeby dodaje się pewne środki specjalne, np. odtr,utki, względnie powiększa się ilość wyliczonych tu poszczególnych środków, jeżeli doświadczenie wykaże tego potrzebę.

B. W części rezerwowej:

I opatrunki wyjałowione duże, t.zw. „typu B" wzoru M. S. Wojsk. . . . 8 szt.
II lignina w rolkach: 2X250 gr i 2X100 gr .
III wata szara. nieodtłuszczona (do owijania łubków) w paskach szerokości 15 cm, zrolowanych . . . 400 g
IV przegródka zarezerwowana na leki specjalne, np. odtrutki, a w czasie wojny — materiał do obrony przeciw gazowej: annogen w proszku i roztworze, benzyna oczyszczona, roztwór KMnO\ . . . .
V wata higroskopijna biała w rolkach: 2X200g 1X100 „ 4X25 „
VI bandaże muślinowe 15X500 cm 20 szt.
łtandaże jdócienne 15X500 cm 10 „
chustki trójkątne płócienne 3 „
VII butelki ze szklanymi korkami, zawierające:
jodbenzynę . . . . 250 g
taninę 30% . . . . 250 „
jodynę 30 „
alkohol 90% . . . . 250 „
eter 50 „
VIII opatrunki wyjałowione małe, t. zw. „Typu A" 10 szt.
gaziki wyjałowione w kopertach małe, średnie i duże po 25 „
papier woskowany w kopercie 3 ark...
IX „Haemostatory" Singera . 2 „
kliny drewniane do rozwierania szczęk . . . 2 „
agrafki 2 tuz.
rurka z watą żelazną 10 gr. 1 szt.
waciki na patyczkach (do jodynowania w kopercie 15 „
szpatułki drewniane do uciskania języka w kopercie 10 „
latarka elektryczna z baterią 1 „
X szyny (łubki) tekturowe 7X120X0,3 cm ... 10 „

Pomoc doraźna w przypadkach uszkodzeń narządu wzroku przy pracy

Wyjątek z książki W. H. Malanowskiego p. t. „Higiena i ochrona narządu wzroku" wydanej przez Instytut Spraw Społecznych w październiku r. b.

W przypadku uszkodzenia narządu wzroku przy pracy poszkodowany musi być natychmiast skierowany do lekarza fabrycznego, który powinien mu okazać doraźną pomoc i zaopiniować o stopniu ciężkości urazu, a w razie potrzeby skierować poszkodowanego do specjalnego szpitala.

1 Pomoc doraźna, udzielana nie przez lekarza

Nie zawsze jednak podczas wypadku znajduje się lekarz na miejscu, a często szybkość pomocy może mieć decydujące znaczenie dla losów oka poszkodowanego, wobec czego musimy tu przede wszystkim opisać zagadnienie udzielania pomocy doraźnej przez osoby nie będące lekarzami.

W przypadkach zranienia narządu wzroku odpryskami i — do zadań pomocy, okazywanej przez nielekarza, najczęściej należy możliwie spieszne dostawienie poszkodowanego do lekarza, a jeszcze lepiej do okulisty, oczywiście po nałożeniu czystego opatrunku, najlepiej z gazy wyjałowionej. Nie znaczy to wcale, żeby nie lekarz miał nie usunąć widocznego i łatwo usuwalnego odprysku. Owszem, każdy człowiek, mający pewne doświadczenie, może przy pomocy waty sterylizowanej, zwilżonej świeżo przegotowaną wodą, usunąć drobne, a nieraz i większe, ciało obce, leżące swobodnie w worku spojówkowym albo też niezbyt głęboko utkwione w powierzchownych warstwach rogówki. Tak samo nieraz po odciągnięciu w dół powieki dolnej uda się dostrzec i usunąć kawałkiem wyjałowionej waty ciało obce / załamka dolnego. Dla usunięcia ciała obcego z załamka górnego oraz z rowka podtarczkowego konieczna jest umiejętność odwrócenia powieki górnej, wymagająca już większego doświadczenia. W wielu też przypadkach sprawa wydobycia ciała obcego, nawet tylko z worka spojówki, wymaga wielkiej uwagi i doświadczenia, a „grzebanie" w worku spojówki oraz próby usunięcia ciała obcego kawałkiem papieru, brudnej szmaty lub, gorzej jeszcze, językiem mogą tylko sprowadzić szkodliwe lub nawet wprost fatalne następstwa.

Przypadki zranienia powiek, okolicy oczodołu i samej gałki ocznej powinny być po opatrunku z gazy sterylizowanej możliwie najszybciej skierowane do lekarza, ponieważ każde dotknięcie rąk niepowołanych może bardzo zaszkodzić. Również rany kłute i cięte oka i oczodołu wymagają rady doświadczonego lekarza, tym bardziej, że z wyglądu zewnętrznego, zaraz po zranieniu, nie wiele albo nawet wcale zorientować się nie można bez dokładniejszego zbadania. prześwietlenia promieniami Roentgena i t. p. To też i tu laik najlepiej zrobi, jeśli wezwie natychmiast lekarza. Gdy w pobliżu lekarza nie ma, należy nałożyć wyjałowiony opatrunek i odstawić poszkodowanego do miejsca, w którym znajdzie pomoc lekarską.

Jak z uwag powyższych wynika, w każdym zakładzie przemysłowym powinna być podręczna apteczka, a w niej przede wszystkim zapas opatrunków wyjałowionych, składających się z kilku warstw gazy opatrunkowej na kawałku waty oraz bandaża; opatrunek powinien być wyjałowiony, owinięty nieprzemakalną materią i zabezpieczony banderolą z odnotowaniem jałowości opatrunku; rozerwanie banderoli będzie dowodem, że opatrunek ktoś ruszał, a więc, że jego jałowość jest wątpliwa.

Robotnicy, pracujący poza zakładami pracy, np. dróżnicy, kamieniarze, powinni mieć takie opatrunki przy sobie. Do zadania lekarzy fabrycznych i kierowników robót powinno należeć zapoznanie robotników ze sposobem nakładania opaski, aby wyjałowiona i czysta część opatrunku nie tknięta ręką przylegała do miejsca zranionego, W ogóle cały personel pracowniczy. zatrudniony w zawodach niebezpiecznych dla narządu wzroku lub dla zdrowia, powinien być co pewien czas odpowiednio pouczany przez lekarza fabrycznego. który z inżynierem bezpieczeństwa powinien stać się nieodzowną osobą i częstym gościem zakładów, potrzebujących większej opieki lekarskiej. Wówczas bowiem nie tylko środki zapobiegawcze będą częściej i racjonalniej stosowane, ale i pomoc w razie wypadku przy pracy będzie racjonalniejsza, a wszelkie zabiegi lekarza fabrycznego znajdą większe zrozumienie.

W przypadkach urazów tępych, które wykazują wielką różnolitość. pomoc nielekarza będzie jeszcze więcej skomplikowana ze względu na trudność zorientowania się w sytuacji. Urazy te często dotyczą nie tylko narządu wzroku, ale i czaszki, a nieraz tułowia i kończyn. To też uważne oględziny poszkodowanego poprzedzić powinny okazywanie mu pomocy, tym więcej, że znaczne nawet posiniaczenie i obrzęk twarzy nieraz mogą być jedynym następstwem wypadku, bez poważniejszego obrażenia wewnętrznego. W innych znowu przypadkach, przy niewielkich stosunkowo objawach zewnętrznych, chory jest ogłuszony, półprzytomny albo też i nieprzytomny. Wówczas będzie najlepiej sprowadzić natychmiast lekarza, który po gruntownym zbadaniu poszkodowanego, okaże mu racjonalną pomoc i zadecyduje, co dalej czynić należy.

Najwięcej stosunkowo do czynienia ma laik w przypadkach oparzeń narządu wzroku. Tu wielkie znaczenie ma szybkość pomocy, a mianowicie możliwie natychmiastowe usunięcie odprysków parzących lub też płynów gryzących, gdyż im później to będzie zrobione, tym głębsze powstaną odparzenia i nawet bardzo dobra pomoc, ale późna, nie będzie już mogła wiele zdziałać. Dlatego w poszczególnych zawodach niebezpiecznych konieczne jest wyszkolenie każdego robotnika w udzielaniu pomocy doraźnej w wypadkach poparzenia w ogóle, a narządu wzroku w szczególności. Dokładniejsze wiadomości o niebezpieczeństwie, zagrażającym wzrokowi, przyczynią się nie tylko do skwapliwszego korzystania z urządzeń ochronnych, zwłaszcza z okularów' i masek, lecz także i do większej ostrożności w pracy. Wreszcie nauczenie personelu zasad ratownictwa wpłynie na zorganizowanie szybkiej i racjonalnej pomocy. Np. po oparzeniu gorącymi żużlami natychmiastowe zakropienie *2%* rozczynu kokainy do worka spojówkowego oraz możliwie szybkie usunięcie odprysków, następnie zapuszczenie do worka spojówki paru kropel oliwy — odrazu przyniesie ulgę uszkodzonemu oku i uchroni je od nowych zadrapań ostrymi cząsteczkami żużli. Po oparzeniu kwa-

8 e Hi- np. solnym, natychmiastowe, obfite przemycie oczu 1% rozczynem sody lub chociażby dużą ilością mleka nieraz jeszcze zdąży uratować oczy i twarz od głębokich i bardzo ciężkich poparzeń. Po oparzeniu twarzy ługiem natychmiastowe przemycie oczu i twarzy 1% rozczynem kwasu octowego lub 3% rozczynem kwasu bornego, polem dużą ilością płynu, np. wody luh mleka, dużo więcej pomoże, niż oczekiwanie na lekarza i leczenie najbardziej skomplikowane, ale zastosowane zbyt późno. Jeden tylko warunek musi tu być koniecznie uwzględniony: niech lekarz fabryczny często omawia z robotnikami niebezpieczeństwa ich zawodowej pracy, niech zachęca (wespół z inżynierem bezpieczeństwa) do przestrzegania przepisów bezpieczeństwa, niech tłumaczy wartość istotną przyrządów ochronnych oraz poszczególne etapy pomocy doraźnej w razie nieszczęśliwego wypadku, a wówczas szybka i prawidłowa pomoc, okazana robotnikowi przez obecnego przy wypadku kolegę, będzie rzeczywistym początkiem pomocy lekarskiej i często przyczyni się do ograniczenia ciężkich następstw wypadku.

2 Pomoc doraźna lekarska

Pomoc lekarska zaczyna się od dokładnych oględzin i możliwie natychmiastowego usunięcia tych szkodliwych czynników, które można usunąć, dalej polega ona na zaopiniowaniu o stopniu ciężkości urazu oraz na skierowaniu poszkodowanego w razie potrzeby do szpitala. Prócz tego. możliwie natychmiast po wypadku, lekarz powinien przynajmniej spróbować zbadać i odnotować ostrość wzroku każdego oka (o ile stan ogólny poszkodowanego na to pozwala). W przypadku ciał obcych przedniego odcinka oka. w szczególności ciał obcych rogówki, konieczne jest zainteresowanie się stanem woreczka łzowego. W przypadku, gdy przy ucisku okolicy woreczka łzowego wyciska się ropa lub kiedy k anał nosowo-łzowy jest niedrożny, każde najlżejsze nawet zranienie powierzchni oka może doprowadzić do zakażenia i grozić ślepotą. Jeśli oględziny ustalą obecność na powierzchni oka ciał obcych, bez uszkodzenia głębszych tkanek — lekarz może i powinien jak najrychlej ciała te usunąć. Ciał obcych na powierzchni oka szukać należy przede wszystkim w rowku podpowiekowym powieki górnej oraz na powierzchni rogówki. W tym celu lekarz, oglądając oko, każdorazowo powinien odwrócić powiekę górną, a potem odciągnąć i dolną, aby obejrzeć obie wynicowane powieki. Prócz tego konieczne są staranne oględziny, możliwie przez lupę, dobrze oświetlonej powierzchni oka. Ciała obce z powierzchni spojówki usuwamy wilgotnym wacikiem, a z powierzchni rogówki wyjałowionym dłutkiem lub igłą do ciał obcych, z tym jednak, że powierzchnia oka zostanie znieczulona zakropieniem 1 — 2% jałowego rozczynu kokainy. W przypadku wyciskania się ropy z punkcików łzowych wskutek schorzenia woreczka łzowego konieczne jest założenie natychmiastowe do worka spojówki maści 0,5% *optochini basici* oraz dokonanie zastrzyku w ilości około 10 g.

Przy wrpadnięciu do oka odprysku substancji żrącej, np. kawałka ołówka chemicznego, odprysk możliwie szybko usuwamy i wkraplamy do worka spojówki 3% rozczyn taniny.

W przypadku podejrzenia obecności w oku ciała obcego poszkodowany powinien być możliwie natychmiast skierowany do szpitala ocznego, zaopatrzonego w elektromagnes i korzystającego z nowocześnie urządzonej pracowni rentgenowskiej. dającej możność stwierdzenia obecności w oku ciała obcego i umiejscowienia go. Lekarz fabryczny musi to '■ góry przewidzieć, dokładnie zdawać sobie sprawę, dokąd ma skierować poszkodowanego. To też jednym z pierwszych zadań byłoby ustalenie działania w porozumieniu z władzami najbliższych szpitali, zaopatrzonych w elektromagnesy i dokony wujących badań rentgenologicznych, lokalizujących sposobem Grudzińskiego lub inną możliwie dokładną, metodą. Kierowanie poszkodowanego do szpitala nie zaopatrzonego w' elektromagnes i nowoczesne urządzenia prowadzi do znacznych opóźnień w okazaniu istotnej pomocy i naraża lekarza na poważną odpowiedzialność i zarzut nienależytego potraktowania wypadku, gdyż już po paru dniach cko z ciałem obcym może być zropiałe i nadawać się jedynie do wyłuszczenia.

W przypadkach ran oka kłutych i ciętych, gdy zawartość oka nie wy płynęła oraz okolica przyrogówkow a (rzęskowa) jest nie uszkodzona, może nieraz wystarczyć zeszycie rany lub pokrycie płatem spojówki, dokonane jak najprędzej po wypadku. Lekarz jednak, okazujący doraźną pomoc, lepiej zrobi w podobnych wypadkach, jeśli będzie podejrzewać obecność ciała obcego w oku i po opatrunku jałow'ym natychmiast odeśle poszkodowanego do szpitala ocznego.

W przypadkach urazów' oka tępym narzędziem powodującym uszkodzenia powiek, może być dokonane, przy zachowaniu całości gałki ocznej i dobrego widzenia, doraźne zeszycie powiek na miejscu przez lekarza fabrycznego. O ile jednak rana jest szarpana i zanieczyszczona, np. ziemią, do pomocy doraźnej należy również zastrzyk śródmięśniowy surowicy przeciwtężcowej wr ilości conajmniej 3000 jednostek. Poszkodowanych ze znaczniejszymi uszkodzeniami tępymi powiek, gałki ocznej i t. p. lepiej odrazu kierować do szpitala ocznego po nałożeniu opatrunku z gazy wyjałowionej.

W przypadkach oparzeń termicznych do wymagań doraźnej pomocy należeć będzie przede wszystkim — po znieczuleniu oka zakropieniem 2% rozczynu kokainy — usunięcie węgla, popiołu i t. p. ciał obcych, które dostały się do worka spojówki w stanie rozżarzonym. Następnie, w' przypadkach poważniejszego uszkodzenia powiek i spojówek, najlepiej jest poszkodowanego szybko skierować do szpitala. gdyż nieraz tylko możliwie natychmiastowe przeszczepienie śluzówki z ust na miejsce zmartwiałych tkanek spojówki może uratować wzrok.

Z oparzeń chemicznych najczęstsze są oparzenia wapnem. I tu przede wszystkim bardzo ważne jest, o ile tylko się da, natychmiastowe usunięcie cząsteczek wapna; w tym celu, po odwinięciu powiek, worek spojówkowy przemywamy 3% rozczynem taniny i możliwie szybko kierujemy poszkodowanego do szpitala.

Z innych uszkodzeń chemicznych narządu wzroku odróżniamy przede wszystkim oparzenia kwasami od oparzeń ługami. Obok wywiadu i obrazu ogólnego okazać się może pomocne dla rozpoznania badanie przy pomocy odpowiedniego papierka lakmusowego.

Oparzenia kwasami wr mniejszym stopniu niszczą tkanki wgłąb i dają większe możliwości uratowania oka. Do zadań doraźnej pomocy należeć będzie, po stwierdzeniu kwaśnego odczynu za pomocą papierka lakmusowego, natychmiastowe przemycie oka słabym 1% rozczynem węglanu sodu. \Y ten sposób usuwamy z oparzonej powierzchni resztki płynu żrącego. Potem, po wkropleniu do worka spojówki paru kropel oliwy i po jałowym opatrunku jak najszybciej kierujemy oparzonego do szpitala, gdyż i w danym przypadku natychmiastowe przeszczepienie śluzówki z ust na miejsce obmartwiałej poparzonej tkanki nieraz może uratować oko.

Oparzenia ługami są znacznie groźniejsze, gdyż wywołują rozpływanie tkanki, nie tylko spojówki, ale i ro-

gówki. Ług szybko drąży wgłąb. I tu stwierdzenie papierkiem lakmusowym odczynu zasadowego będzie dla nas wskazaniem do natychmiastowego przemycia powierzchni oparzonej tkanki 0,5—*1%* rozczynem kwasu octowego. Potem do worka spojówki zakrapiamy 1—2 kropli oliwy, nakładamy wyjałowiony opatrunek i chorego przesyłamy do szpitala ocznego, tym bardziej, że przy niezłym nawet wyglądzie i dobrym widzeniu następstwa w oparzeniach ługiem są często bardzo ciężkie dla wzroku.

U spawaczy łukiem Volty, w razie choćby chwilowego wyjrzenia podczas pracy za maskę, nastąpić może łatwo oparzenie powierzchni i głębokich tkanek oka, a mianowicie siatkówki i naczyniówki. Przypadki podobne kierować należy do szpitala ocznego do zbadania i leczenia.

Uszkodzenia oczu po wybuchu związane są zwykłe z oparzeniem skóry powiek, a nieraz i powierzchni oczu, z obecnością licznych ciał obcych w powiekach i oczach, a nawet z poszarpaniem tych tkanek. Po zakropieniu kokainy do worka spojówki i po obejrzeniu oka, usuwamy możliwie wszystkie ciała obce z powierzchni ran, powiek, spojówki i gałki ocznej i po jałowym opatrunku kierujemy poszkodowanego do szpitala.

3 Plan organizacji pomocy w urazach oczu

W celu zorganizowania należytej pomocy lekarz fabryczny powinien kierować się wypracowanym planem i posiadać odpowiednie przygotowanie. Zagadnienie transportu poszkodowanych do szpitala powinno być obliczone tak, aby n a j p ó ź n i e j w 5 g o d z i n p o w y p a d k u poszkodowany mógł otrzymać pełnowartościową pomoc, zwłaszcza, gdy chodzi o wydobycie z oka obcych ciał lub o przeszczepienie śluzówki w miejsce obmartwiałej wskutek oparzenia spojówki i t. p.

Przychodnia fabryczna powinna być zaopatrzona: 1) w sprężynową rozwórkę powiekową, 2) jałowy rozczyn *2%* kokainy z kroplomierzem, 3) undynkę, 4) igłę i dłutka do wydobywania ciał obcych z oka, 5) jałowe opatrunki oczne, 6) niektóre leki, jak: oliwa, 1 % rozczyn węglanu sodu, \% rozczyn kwasu octowego, 3% rozczyn taniny.

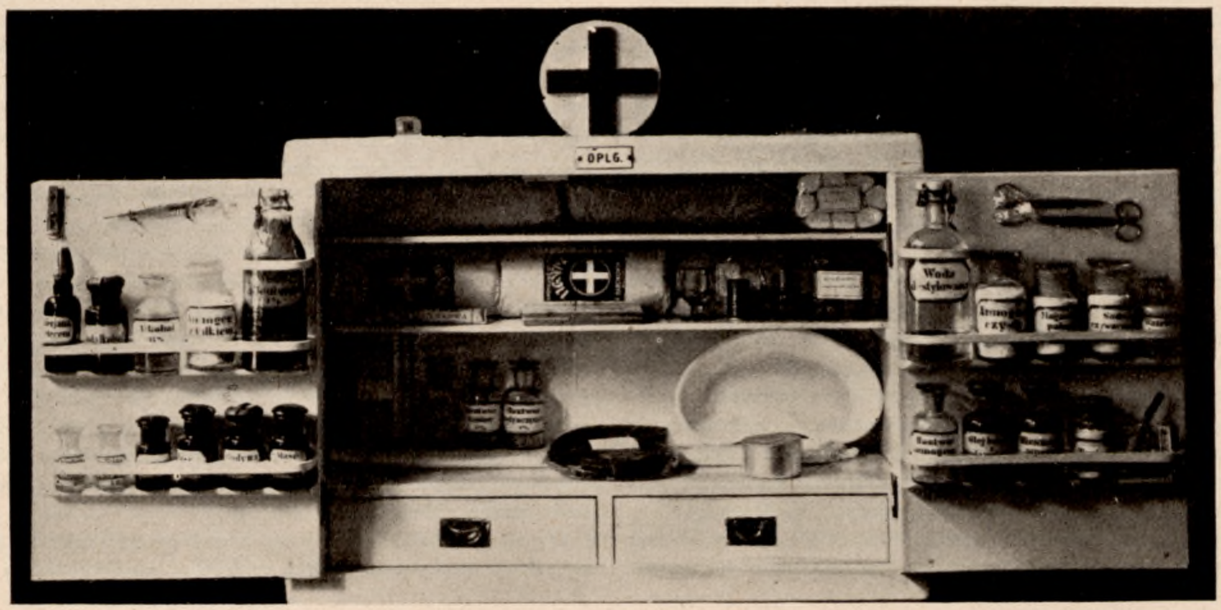
Pomoc musi być bardzo szybka i umiejętna, gdyż każde opóźnienie, zwłaszcza w przypadkach większości urazów i oparzeń może narazić poszkodowanego na utratę wzroku, a lekarza na zarzut niedostatecznej pomocy.

Na zakończenie przypominamy, że obowiązkiem personelu, mającego za zadanie okazywanie pomocy w wypadkach przy pracy, jest wpojenie w robotników przekonania, że wszelkie „wylizywania[44] ciał obcych, dotykanie ran rękoma nieumytymi, tamowanie krwi pajęczyną i t. p. rękoczyny uważać należy za bezwzględnie szkodliwe. Taka „pomoc doraźna” może tylko do urazu dodać ciężkie zakażenie rany i w ten sposób utrudnić powrót do poprawy i wyleczenia.

Przepisy te jednak pozostaną martwą literą, jeśli za nimi nie pójdą czyny.

Plan pomocy powinien zasadniczo uwzględniać powierzenie jej lekarzowi fabrycznemu, który byłby specjalistą, obeznanym z zakładem przemysłowym i jego niebezpieczeństwami, chorobami zawodowymi, urazami oraz wymaganiami profilaktyki zawodowej. Lekarz fabryczny wespół z inżynierem bezpieczeństwa powinien opracować instrukcję doraźnej pomocy w przypadkach urazów w danym zawodzie najwięcej typowych i najczęstszych; czuwać nad bezpieczeństwem pracy; urządzać pogadanki z robotnikami na temat znaczenia przestrzegania przepisów bezpieczeństwa, korzystania z przyrządów ochronnych, trzeźwości i t. p.; dokonywać badania robotników przed przyjęciem do pracy, a potem okresowo, interesując się również stanem narządu wzroku, a w szczególności ostrością jego i stanem dróg łzowych (źle widzących powinno się odsyłać do zbadania i zakwalifikowania przez okulistę); udzielać pomocy doraźnej i opiniować w sprawie odesłania zranionego do szpitala. Mniejsze zakłady powinny mieć, jeśli nie swego wyłącznie lekarza, to choćby wspólnego z najbliższym innym zakładem. W tym celu pod kierunkiem uniwersytetów lub Państwowej Szkoły Higieny konieczne jest zorganizowanie kursów dokształcających z higieny zawodowej dla lekarzy fabrycznych.

Zagadnienie dostarczenia zranionego do szpitala ocznego powinno być dla każdego zakładu przewidziane przez kontakt lekarza fabrycznego danego zakładu z najbliższym szpitalem ocznym. W tym celu zakład przemysłowy musi też mieć odpowiednio przysposobiony kryty samochód sanitarny. Również pożądana jest konsultacja zakładu z okulistą, do czasu jednak wyjaśnienia należytego zaopatrzenia okulistów prowincjonalnych, sprawa ta powinna być uważana za otwartą, gdyż porada w warunkach, nie zapewniających pełnowartościowej pomocy (choćby z powodu braku odpowiednich przyrządów) powinna być uważana w przypadkach nie cierpiących zwłoki za zwykłą stratę czasu.



Model apteczki typu O. P. L. G. Ligi Obrony Przeciwgazowej

Liczba drobny cli okaleczeń podczas pracy, wymagających należytej pierwszej pomocy

Nie ma niestety statystyki, która by podawała dokładną liczbę, drobnych okaleczeń podczas pracy; można ją ustalić tylko w pewnym przybliżeniu drogą logicznego obrachunku. Obrachunek taki przeprowadza Dr. Br. Nowakowski w swej książce, pod tytułem: „Znaczenie społeczne i gospodarcze pierwszej p o m o c y w y d a n e j przez Instytut Spraw Społecznych.

Najdrobniejsze nawet skaleczenie może się skończyć śmiercią lub ciężkim kalectwem, jeżeli zajęte zostaną głębiej położone tkanki i narządy

Skończyć się tak może każde uszkodzenie, niezależnie od rozmiarów zniszczenia tkanek. Dla tego interesuje nas *ogólna liczba uszkodzeń, połączonych z naruszeniem całości powłok zewnętrznych.* Najczęściej działają tu urazy mechaniczne, których najwięcej dostarcza praca zawodowa. Przedstawiają one zagadnienia najbardziej typowe dla pierwszej pomocy w zakładach pracy wszelkich gałęzi produkcji. Liczby tej nie znajdziemy w statystyce ubezpieczenia wypadkowego, ani chorobowego. Warunkiem rejestracji wypadków w ubezpieczeniach społecznych jest zazwyczaj pewien okres wyczekiwania, t. j. wymaganie, by istniała w ich następstwie trwająca pewien czas niezdolność do pracy. Okres wyczekiwania bywa różny w różnych rodzajach ubezpieczeń: inny jest w chorobowym, inny w wypadkowym, różny wreszcie w różnych krajach. Pełna rejestracja jest możliwa u źródła wypadków, w zakładach pracy. Dokonywanie jej zależy jednak od stopnia uwagi, którą poświęca się sprawie drobnych uszkodzeń. Jak wielkie pod tym względem zachodzą różnice, widać na przykładzie ankiety d-ra K a ł c z a k a z przemysłu włókienniczego łódzkiego. Zawiera ona liczbę zanotowanych wypadków za okres 10 — 11 miesięcy r. 1934 oraz stan zatrudnienia. Obliczywszy liczbę zanotowanych wypadków jako odsetek stanu zatrudnienia, znajdujemy rozpiętość wahań od 0 do 36%. Na 61 zakładów, zatrudniających łącznie 49 189 pracowników, 17, z liczbą 4 218 pracowników, zupełnie nie zarejestrowało wypadków. Pozostałe 44 zakłady z liczbą 44 971 pracowników, zanotowały łącznie 1 931 wypadków. Odpowiadałoby to 4,3% stanu zatrudnienia. Atoli z. ogółu 1 931 wypadków prawie ^{1}U, ho 437 wypadków, pochodzi z 2 fabryk, zatrudniających razem tylko 1 439 pracowników, czyli około Vso ogółu zatrudnionych w rozpatrywanych zakładach. Te dwie fabryki wyróżniały się od reszty bynajmniej nie większym niebezpieczeństwem pracy, lecz wyłącznie niezłą organizacją pierwszej pomocy. Wymaga się od pracowników, aby dali opatrzyć każde, nawet drobne, skaleczenie. Opatrunki nakładane są centralnie, w jednym punkcie. Rozwieszone na salach przepisy i plakaty uświadamiają o potrzebie takiego postępowania. Można twierdzić z całą pewnością, że rzeczywista liczba uszkodzeń drobnych była większa niż zanotowano, gdyż nawet niewielka ta strata czasu, związana z koniecznością przejścia do punktu opatrunkowego, niejednego powstrzymała od korzystania z jego usług. W podobnych warunkach liczba zanotowanych wypadków przedstawia około 30% stanu zatrudnienia. Gdyby zastosować stosunek ten do wszystkich rozpatrywanych zakładów, otrzymalibyśmy w sumie zamiast 1931 wypadków 13 491. Stosunek istotnie zanotowanych do prawdopodobnie rzeczywistej liczby wypadków przedstawia się jak 1 : 7. Trudno sądzić, oczywiście, o całości, opierając się na danych z jednego przemysłu i z jednego ośrodka jak również przenosić dane z jednego kraju do drugiego. Jednak przemysł włókienniczy na pewno nie należy do najniebezpieczniejszych; będzie raczej poniżej średniej. W materiale łódzkim przeważają zakłady duże i średnie. W drobnych zakładach, a takich jest u nas najwięcej, dokładność rejestracji będzie raczej poniżej tego, co dzieje się w Łodzi. Stosunek 1 : 7, tak jak go powyżej obliczono, będzie prawdopodobnie zbyt pochlebny, o ile chodzi o ogół warsztatów polskich. Przemawia za tym również doświadczenie V e r n o n a z Anglii, gdzie rejestracja wypadków przez przemysł jest prawdopodobnie dokładniejsza, niż u nas. V e r n o n obliczył, że całkowita liczba wypadków w przemyśle amunicyjnym odpowiada liczbie wypadków zgłoszonych, pomnożonej przez 30. Dla całego przemysłu angielskiego przyjmuje 011 współczynnik przeliczenia 10, a więc liczbę wyższą, niżby wynikało z doświadczenia łódzkiego.

Gdyby — w celu choćby najgrubszej orientacji — współczynnik łódzki zastosować do zgłoszeń wypadkowych z całego kraju, otrzymalibyśmy następujący obraz: w okresie 1927 — 1930 zgłoszono ubezpieczeniom średnio rocznie 89 000 wypadków (A d a m i e c k i); z uwzględnieniem drobnych uszkodzeń, mnożąc przez 7, otrzymamy przeszło 600 000 wypadków; liczba ta niewątpliwie nie jest dokładna, daje jednak pojęcie o tym, z jakiego rzędu wielkością mamy do czynienia, gdy mowa jest o drobnych skaleczeniach podczas p tacy; liczba ta prawdopodobnie jest raczej szacowana za nisko, na co wskazywałyby dane amerykańskie ".

Mamy tu do czynienia w każdym razie ze zjawiskiem masowym. Nawet przy słabym uprzemysłowieniu kraju należy się liczyć z setkami tysięcy drobnych skaleczeń. Zagadnienia o takich rozmiarach nie załatwi się improwizacją.

Czy jednak te drobne uszkodzenia istotnie wymagają opieki, czy nie wystarczą naturalne siły obronne ustroju?

Ustrój na ogół daje sobie radę z zarazkami, zwłaszcza jeżeli chodzi o bardzo powierzchowne uszkodzenia. Ale w pewnym odsetku przychodzi do zakażenia przyrannego Co do tego odsetka dane są bardzo sprzeczne. Są wyższe w doświadczeniu instytucyj ubezpieczeniowych z uwagi na selekcję ciężej uszkodzonych, dokonywaną w związku z okresem wyczekiwania, niż w statystykach fabryk, uwzględniających i drobni uszkodzenia.

Instytucja ubezpieczenia- wypadkowego stanu nowojorskiego podaje, że w 16% wypadków występowało zakażenie. Podobne liczby podaje analogiczna instytucja w Pensylwanji: od 13,7 do 19,0% w poszczególnych latach. Na konferencji amerykańskich lekarzy fabrycznych, odbytej w roku 1924, podano 2 000 zarejestrowanych zakażeń przyrannych z pośród 32 500 pracowników w stosunku rocznym, co odpowiadałoby około 6% stanu zatrudnienia. Z pośród 7 925 wypadków M o c k miał 7,6% zakażeń. W sprawozdaniu angielskiego głównego inspektora pracy podano w różnych okręgach od 7,3 do 14,2% zakażeń w stosunku do zgłoszonych wypadków.

Takie liczby trudno przenosić z kraju do kraju, albowiem przy zakażeniu istnieje większa zależność od stopnia uświadomienia pracowników i od sprawności pierwszej pomocy. Nie ma żadnych danych liczbowych odnoszących się do stosunków polskich. Przy mniejszym — w porównaniu z krajami anglosaskimi — uświadomieniu naszego robotnika, niższym poziomie jego higieny osobistej oraz poważnych brakach organizacji pierwszej pomocy, należałoby oczekiwać u nas większego odsetka zakażeń przyrannych. Gdyby przyjąć tylko 6% stanu zatrudnienia, co odpowiada doświadczeniu amerykańskich lekarzy fabrycznych, musielibyśmy się liczyć z dziesiątkami tysięcy zakażeń przyrannych rocznie. Jest to poważna epidemia, przewyższająca ogólną liczbę przypadków duru brzusznego, zgłoszonych z terenu całego kraju.

* C l a r k cytuje z doświadczenia M o c k a, jednego z pierwszych amerykańskich lekarzy fabrycznych, zainteresowanych naukowo w zagadnieniu organizacji pierwszej pomocy na terenie fabrycznym — przykład większego warsztatu mechanicznego, zatrudniającego około 900 robotników, w którym w ciągu 23 miesięcy naliczono 4 869 wypadków; na robotnika i rok wypada 2,85 wypadków, gdy w naszym obliczeniu założono, że na robotnika i rok wypada około 0,35 wypadków; H a c k e t t podaje jako średnią dla przemysłu Stanów Zjednoczonych 836 przypadków chirurgicznych na 1 000 pracowników, czyli około 2,5 raza więcej niż tu przyjęto.

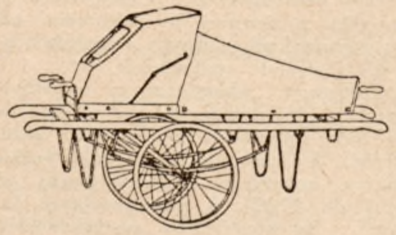
pRz Y K Ł ADPOMY SlY // UDOSKONALĘ

Wózek do ręcznego przewozu chorych

W lokalnym transporcie na terenie zakładu przemysłowego, w komunikacji pomiędzy zakładem pracy a punktem opatrunkowym lub pobliskim szpitalem dobre usługi oddają nosze, zaopatrzone w duże ogumione koła i resory. Służba ratownicza musi mieć przede wszystkim na względzie dotkliwe cierpienia osól) ciężko rannych i nie może być i)od tym względem obojętną i niezaradną. Przekładanie chorego z ziemi na nosze, z noszy na wózek, z wózka na nosze i z noszy na stół opatrunkowy, praktykowane jest niemal nagminnie. Rys. 2 przedstawia wózek resorowany, na kołach ogumionych, wykonany w ten sposób, że chory może być ułożony i przewożony wraz z noszami, a o prócz tego, w razie dłuższego postoju wózka z chorym, koła mogą być odrzucone na mechaniźmie dźwigniowym i wtedy podwozie spoczywa na czterech nóżkach na ziemi (rys. 4).



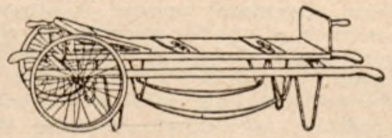
Rys. 1



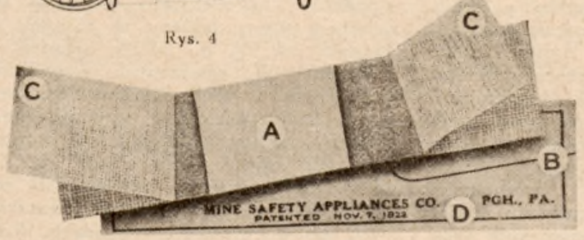
Rys. 2



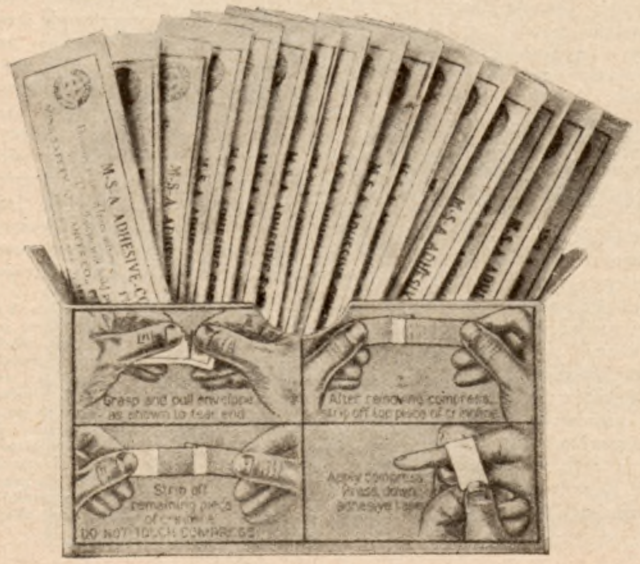
Rys. 3



Rys. 4



Rys. 5



Rys. 6

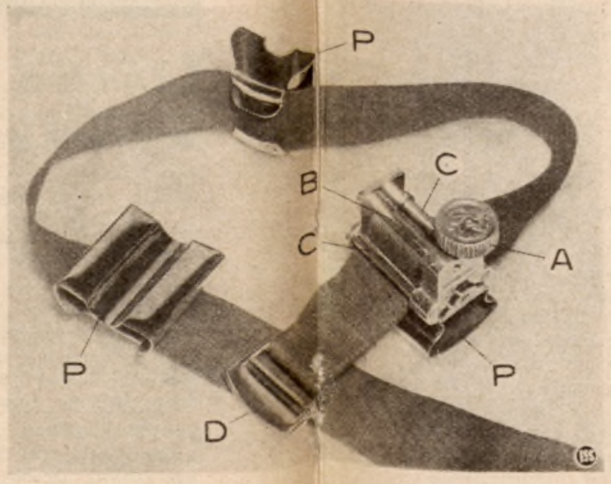
Mechaniczna opaska uciskowa Singera

Opaska ta, wynalazek polski, jest skonstruowana pod względem mechanicznym z dużą prostotą. i jest tak łatwa w użyciu, że ranny może ją założyć bez pomocy osoby trzeciej.

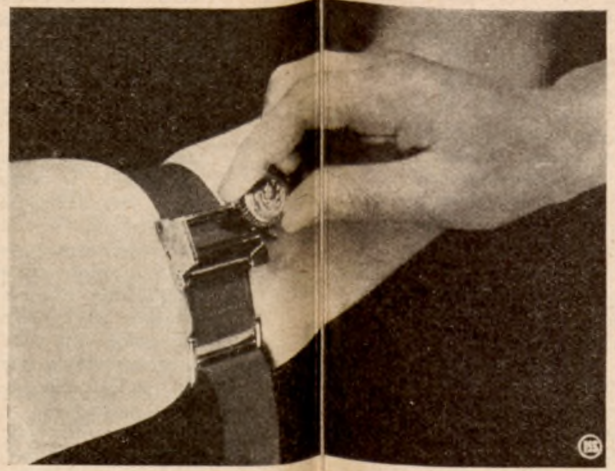
Aparat ten znalazł już aprobatę armii i policji.

Zastosowanie jego jest bardzo szerokie: od pola bitwy. przez sport, gminę, zakłady przemysłowe — aż do prywatnych celów włącznie, gdyż możliwość zranienia zachodzi wszędzie. Opaska ta. opatrzona specjalnymi dodatkami, jest nieodzownym uzupełnieniem sprzętu sanitarnego i powinna wyrugować z rynku stosowane dotychczas węże gumowe, nader niepewne w warunkach pierwszej pomocy, albowiem guma łatwo traci swą elastyczność i wytrzymałość wskutek wysychania. Opaska składa się z mocnej nieelastycznej taśmy, klamerki spinają'cej i specjalnego przyrządu, regulującego czule siłę ucisku. Przyrząd ten umożliwia również częściowe zwolnienie ucisku bez zdejmowania całego aparatu.

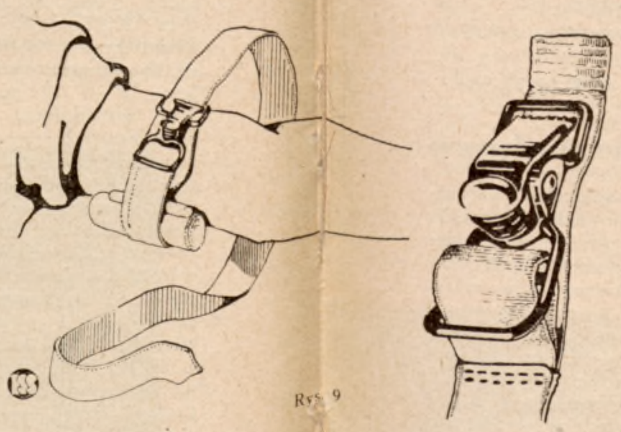
Rys.4 str. ó daje pojęcie o całości, chowanej do metalowego, hermetycznego pudełka. Klamerka spinająca taśmę. (rys. 7-D), działa siłą docisku; dzięki temu spięcie może być dokonane w dowolnym miejscu taśmy, a otw^arcie klamerki, za naciśnięciem palca, jest bardzo szybkie. Naprężanie taśmy odbywa się przez obracanie śruby A, która przenosi ruch obrotowy na wałek B, (rys. 7), zwijający na siebie taśmę, przewleczoną uprzednio przez szczelinę. wykonaną w' tymże wałku. Celem zmniejszenia tarcia, taśma jest prowadzona dodatkowo przez dwa wałki pomocnicze C. Rys. 8 ilustruje sposób posługiwania się śrubą A, po uprzednim założeniu opaski na ramię. Do opaski można dołączyć jeszcze dodatkowe pelotki P, które są tak pomyślane, że pozwalają zwiększyć nacisk w obranym miejscu, a zarazem ochronić inne przed uciskiem. Rys. 9 ilustruje analogiczną opaskę armii Stanów Zjednoczonych.



Rys. 7



Rys. 8



Rys. 9

Znormalizowane jednostki opatrunkowe

Najistotniejszą cechą sprawnej pomocy doraźnej jest szybkość akcji. Składają się na to personalne kwalifikacje, należyte przygotowanie, wprawa oraz dobry sprzęt i materiały opatrunkowe. Przez znormalizowanie sprzętu i materiału opatrunkowego jesteśmy w stanie znacznie usprawnić akcję pierwszej pomocy, zaoszczędzając drużynom ratowniczym i całej służbie sanitarnej kłopotów' i straty czasu przez odrzucenie zgoła zbędnych czynności, które należą w gruncie rzeczy do producenta materiału opatrunkowego. Jednocześnie możemy całej gospodarce narodowej zaoszczędzić zarówno w skutkach bezpośrednich, jak i pośrednich olbrzymich wydatków, których źródłem jest nieracjonalne używanie materiałów' opatrunkowych i wysoki prymityw „pomocy" sanitarnych. Zagadnienie to zostało obszernie naświetlone wr książce d-ra Nowakowskiego „Organizacja pierwszej pomocy w zakładach pracy44, cytowanej w' pierwszym artykule, tu zaś pragniemy podać jedynie przykłady znormalizowanego sprzętu i materiałów opatrunkowych. Przykładem takiego sprzętu jest mechaniczna opaska uciskowa Singera przeciw krwotokom, którą przytaczamy obok wraz z innymi opaskami używanymi przez oddziały armii Stanów Zjednoczonych.

deleni armii Stanów Zjednoczonych. Zdania medyków co do celowości takich opasek są wr tej chwili jeszcze sprzeczne. Można już jednak przewidzieć, że zwycięstwo odniesie znormalizowana opaska uciskowa, a to z następujących powodów: 1) możność samodzielnego, indywidualnego zakładania, 2) szybkość zakładania, 3) bezboleśność ucisku w porównaniu z wężem gumowym, 4) delikatne regulowanie siły uciskowej, 5) oszczędność przy użyciu masowym.

Przykładem znormalizowanych opatrunków są „jednostki opatrunkowe44, ściśle zwymiarowane, starannie przemyślane W' swej strukturze, technice zakładania i przechowywania. Na rys. 5 podajemy małą jednostkę, przeznaczoną do opatrywania ran na palcach, łącznie z kopertą, w której jest przechowywana: niewielki kaw7ałek wyjałowionej gazy (A), umieszczonej na podkładzie lepnikowym (B), przykryty kanwą ochronną (C), którą się zdziera po wyjęciu całości z koperty D—oto wszystko. Rys. 6 pokazuje opakowanie większej ilości tego rodzaju opatrunków, na którym jest odrazu podany sposób użycia. Rysunki 10—13 obrazują sposób używania gotowych opatrunków większego formatu normalnego, a rys. 17 ilustruje odnośne opakowanie wrraz z poglądowym objaśnieniem sposobu n-żywania.



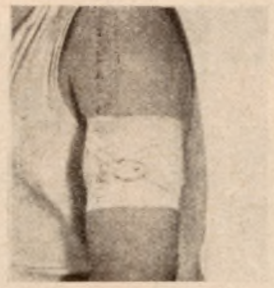
Rys. 10



Rys. 11



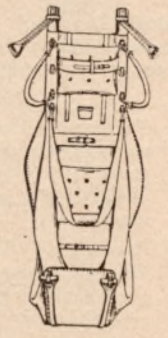
Rys. 12



Rys. 13

Nosze służby morskiej

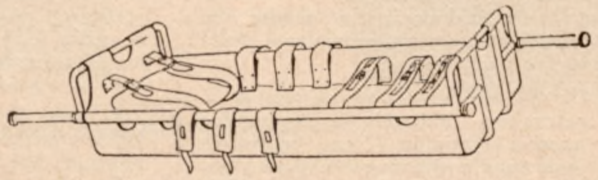
Specjalne warunki służby morskiej przyczyniły się do opracowania modelu noszy, które z powodzeniem mogą znaleźć zastosowanie w zakładach przemysłowych w warunkach trudnego transportu. Nosze mogą być obsłużone przez jednego człowieka, który dźwiga rannego na plecach, mogą być dźwigane w? zwykły sposób przez 2 ratowników7. a prócz tego nadają się doskonale do przenoszenia na linach (transport pionowy na bloku, dźwigu, wyciągu, rys. 1, 3 i 14).



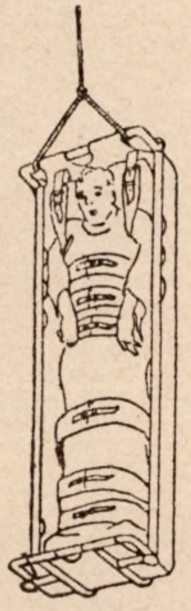
Rys. 14

Nosze-sanie

Transport chorych lub ciężko rannych osób nastręcza duże trudności w kopalniach, kamieniołomach, wykopach, jak również na rusztowaniach budowlanych i dużych konstrukcjach żelaznych. Zdarzają się sytuacje, że nieuniknionym jest przesuwanie noszy po ziemi, opuszczenie lub podniesienie na linie i zsuwanie po pochyłych powierzchniach, Chory lub ranny odczuwa przy niezdarnej organizacji transportu dotkliwy ból, a obowiązkiem służby ratowniczej jest przewidzieć z góry tego rodzaju okoliczności i zaopatrzyć się w odpowiednie nosze. Przedstawione na rys. 15 nosze mają kształt wklęsły, są wykonane z blachy na płozach i krawężnikach z mocnych rur stalowych. Chory spoczywa na posłaniu z grubych koców, musi być dostatecznie ciepło otulony i zapięty mocnymi rzemieniami poprzecznymi. Prócz tego dwa mocne rzemienie ujmują ramiona, przytwierdzając je mocno koło wezgłowia. Rys. 16 przedstawia sposób podnoszenia lub opuszczania na linie pionowej.



Rys 15



Rys. 16



Rys. 17

Materiały opatrunkowe <lo pierwszej pomocy przy wypadkaeh

Znormalizowane przez Związek Niemieckich Z*zeszeń Zawodowych na podstawie uchwał mogunckich z października 1930 r. i konferencji z przedstawicielami lekarskich inspektorów pracy i organizacyj ratowniczych

Pierwsza pomoc, udzielana przez laików, powinna ograniczać się do zabiegów, zawartych w instrukcji pierwszej pomocy przy wypadkach (wydanej przez Związek Niemieckich Zrzeszeń Zawodowych w nakładzie Karola Heymanna, Berlin).

A. W celu udzielenia pierwszej pomocy powinien znajdować się, n a w e t w n a j m n i e j s z y m z a k ł a d z i e, zapas następujących materiałów opatrunkowych, umieszczony w czystej, szczelnie zamykającej się, zawsze dostępnej i przejrzyście podzielonej małej skrzynce opatrunkowej:

a Na głębsze rany: 5 wyjałowionych opatrunków indywidualnych według wzoru i wymiarów (7 cm) opatrunku osobistego wojskowego, najlepiej połączonych z ampułką jodyny (5%). Otwierać dopiero przed użyciem. Sposób użycia wydrukowany na opakowaniu.

Nieobowiązkowe, ale godne polecenia, ampułki jodyny mogą być dostarczane również oddzielnie (6 sztuk dla zakładów, gdzie często zdarzają się rany kłute, na specjalne zamówienie, 10 sztuk, odpowiednio opakowane). Żadnych butelek z jodyną!

b Na rany powierzchowne (rany cięte, pęknięcia, starcia skóry, pęcherze z ucisku): 15 opatrunków na opasce lepkiej (plaster lepki z wkładką opatrunkową: zwitek gazy) średnich wymiarów (zwitek gazy ca 2,5 na 2,5 cm); każdy opatrunek zamknięty gazą, którą przed użyciem należy zdjąć. Pakowane po 3 w kopercie listowej, zawierającej poza tym kilka pasków plastra do ew. umocowania brzegów opatrunku, z napisem: „Wyłącznie na rany powierzchowne (rany cięte, pęknięcia i starcia skóry, pęcherze z ucisku)".



Rys. 18

c Na oparzenia: 1 opatrunek bizmutowy lub wasenolowy, długości 2 m. szerokości 10 cm, w pudełku z nadrukowanym pouczeniem o sposobie użycia.

d Poza tym: a) 1 chustka trójkątna (według Esmarcha, z nadrukowanym pouczeniem o sposobie użycia), b) 6 palców skórzanych w 3 wielkościach, c) 6 agrafek Nr. 2.

Ponadto skrzynka powinna zawierać: wspomnianą wyżej instrukcję pierwszej pomocy przy wypadkach; broszurę P a w ł a L o h m a r a z Kolonii: „Pierwsza pomoc i ratownictwo w zakładach pracy".

Na małej skrzyneczce opatrunkowej, jeżeli zawiera ona ampułki z jodyną, powinien być napis: „Z jodyną w ampułkach".

B. W ś r e d n i c h i w i ę k s z y c h z a k ł a d a c h powinny znajdować się ponadto w dużej skrzynce opatrunkowej lub w inny sposób przejrzyście ułożone i dobrze zamknięte, ale każdej chwili dostępne:

a materiały wyliczone pod A w podwójnej ilości do uzupełniania małej skrzynki,
h 1 rolka plastra lepkiego, 5 mX3,75 cm,
c 6 opasek z gazy z tkanym brzegiem, 24-nitkowej, 8 cm szerokości, 4 m długości, opakowanych oddzielnie,
d 100 g waty o średnich włóknach bez węzłów i łusek do rozwijania, w pudełku tekturowym z nadrukiem: „do okładania",
e 3 szyny kramerowskie, po 50 cm długości, 8 cm szerokości,
f 1 opaska elastyczna do tamowania krwotoku 80 cm długości 2,5 cm szerokości, z nadrukiem: „Może pozostać najwyżej 3 godziny! Po pierwszej i po drugiej godzinie chwilowo obluźnić w celu stwierdzenia, czy krew zatamowana",
g 1 nożyce opatrunkowe,
h 1 kawałek mydła,
i 1 szczotka do rąk,
j 1 podręcznik pierwszej pomocy przy wypadkach (napisany z polecenia Związku Niemieckich Przemysłowych Zrzeszeń Zawodowych przez Dr. K o c h a).

Poza tym w średnich i większych zakładach powinny znajdować się: 1 umywalka, 1 ręcznik.

C. Na ż y c z e n i e z a m a w i a j ą c e g o dołącza się:

a 3 gotowe do zastrzyku ampułki z loheiiną (konieczne w zakładach, gdzie zachodzi niebezpieczeństwo zatrucia gazami),
1> 200 g sproszkowanego kwasu winnego w butelce z szeroką szyjką, z korkiem gumowym (tylko dla zakładów wyrabiających lub używających ługi żrące) z nadrukiem: „Łyżka stołowa na pół litra wody do spłókiwania przy oparzeniach ługami",
c 3 ampułki amoniaku z lawendą w kapslach (do cucenia przy omdleniu).

D. W z a k ł a d a c h, w k t ó r y c h l e k a r z r e g u l a r n i e l u b c z a s o w o p r z y j m u j e c h o r y c h, opatruje lub leczy rany, muszą znajdować się ponadto:

a kocioł do gotowania z pokrywką i odpowiednim urządzeniem grzejnym lub mały prosty aparat do sterylizacji,
b wyjałowiony jedwab (odpowiednio przechowany),
c wyjałowiona gaza opatrunkowa (odpowiednio przechowana).

Wszędzie, gdzie lekarz nie przyjmuje conajmniej raz na tydzień, zakazane jest trzymanie kwasu karbolowego, suhlimatu (w płynie lub pastylkach), narkotyków (morfina, opium) i kokainy.

Wielka skrzynka opatrunkowa, jeżeli zawiera ampułki z jodyną, musi również być opatrzona napisem: Z jodyną w ampułkach. Tylko zakłady z dużym zapotrzebowaniem mogą trzymać jodynę w butelce.

E. Wytwórcy muszą oznaczyć „małe" i „wielkie" skrzynki opatrunkowe jako „znormalizowane skrzynki opatrunkowe" Związku Niemieckich Zrzeszeń Zawodowych. Wolno im to uczynić pod warunkiem, że skrzynki te zostały zbadane co do zawartości, jej rozmieszczenia i gatunku, przez Związek Niemieckich Zrzeszeń Zawodowych i uznane za odpowiadające niniejszym normom. Na wszystkich skrzynkach znormalizowanych musi być poza tym nadrukowana nazwa firmowa wytwórcy. Tylko skrzynki z tymi nadrukami mogą być sprowadzane również za pośrednictwem handlu detalicznego (apteki, drogerie, sklepy narzędzi lekarskich). Rys. 18.

Listę fabryk, wytwarzających kontrolowane przez Związek Niemieckich Zrzeszeń Związkowych „znormalizowane skrzynki opatrunkowe" można otrzymać w Centrali Bezpieczeństwa Pracy, Berlin W 9, Kóthenerstr. 37.

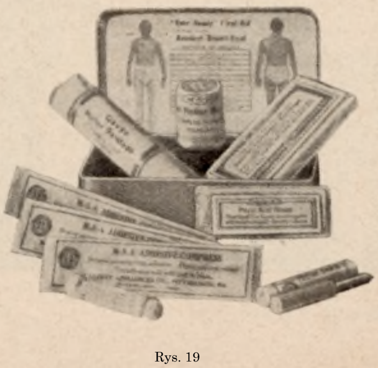
(„Organizacja pierwszej pomocy w zakładach pracy").

Dr. B. N O W A K O W S K I.

Apteczki kieszonkowe

Rys. 19 ilustruje apteczki, przeznaczone dla robotników, których zajęcie nie pozwala na natychmiastowe udanie się do lekarza lub punktu opatrunkowego, a więc dla kierowników załóg, drużyn i t. p.

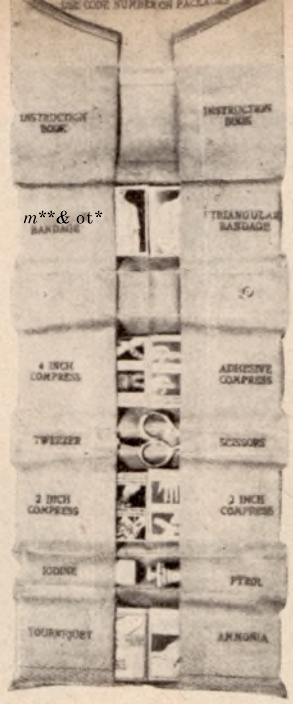
Setki firm górniczych i przemysłowych w Ameryce poleciło swym pra< ownikom nosić stale przy sobie takie apteczki, ponieważ chronią one przed zakażeniem i zapobiegają poważnym skutkom nieznacznych skaleczeń.



Rys. 19



Rys. 20



Rys. 21



Rys. 22

Podręczna apteczka cylindryczna

Ciekawy jest model wypuszczonej niedawno na rynek amerykański cylindrycznej apteczki o szregu niewątpliwie praktycznych zalet. (Rys. 23).

Apteczka wykonana jest z ciągnionego glinu (aluminium), jest lekka, odporna na żrące działanie kwasów i wpływów atmosferycznych, nie przepuszcza pyłu i wody. Wymiary i kształt umożliwiają umieszczenie jej niemal w dowolnym miejscu, czy to na ścianie (rys. 20), czy ohok siedzenia kierowcy (rys. 26) w samochodzie, czy też wreszcie na motocyklu (rys. 24). Przede wszystkim zaś ten typ apteczki daje się znormalizować dla potrzeh przemysłu, dzięki czemu unika się różnorodności sprzętu i ułatwia się uzupełnienie go świeżymi środkami leczniczymi i opatrunkowymi.

W cylindrycznej puszce znajduje się wyjmowany zwinięty woreczek brezentowy, zaopatrzony w kieszonki, w których są umieszczone wyraźnie oznaczone paczki ze środkami opatrunkowymi (rys. 21). Lekkie uderzenie w zatrzask u dołu puszki wystarcza do otwarcia denka, woreczek częściowo wypada (rys. 20), po czym można go wyjąć i zanieść na miejsce wypadku, gdzie ma nastąpić udzielenie pierwszej pomocy. Przed przystąpieniem do opatrunku woreczek można rozwinąć i przełożyć na przedramieniu. Zapewnia to swobodę obu rąk, dzięki czemu podczas opatrunku można woreczka nie składać na ziemi i uniknąć zabrudzenia go (rys. 22).

W zakładach przemysłowych, w których podręczne apteczki cylindryczne weszły w powszechne użycie, zagadnienie ponownego napełnienia ich jest niezwykle uproszczone, zapas bowiem środków opatrunkowych, którymi należy zastąpić zużyte, jest ograniczony do minimum, wszystkie zaś apteczki są zawsze pełne. W określonych okresach czasu osoba, odpowiedzialna za utrzymanie apteczek w porządku, obchodzi kolejno wszystkie miejsca, wyjmuje z każdej apteczki woreczek i momentalnie zastępuje go innym, napełnionym. Następnie, po powrocie do magazynu, sprawdza zawartość zebranych woreczków, uzupełnia w razie potrzeby brakujące lub zużyte środki opatrunkowe i przy następnym obchodzie zastępuje stare woreczki nowo napełnionymi (rys. 25). Cała ta czynność nie wymaga ani wielkiego nakładu pracy, ani trudu.

Znormalizowany komplet środków opatrunkowych i bandaży do cylindrycznych apteczek podręcznych został obrany po wyczerpujących naradach z wybitnymi chirurgami, pracującymi w przemyśle. Dlatego też komplety takie są zupełnie dostateczne dla przeciętnych zakładów przemysłowych.



Rys. 23



Rys. 24



Rys 25



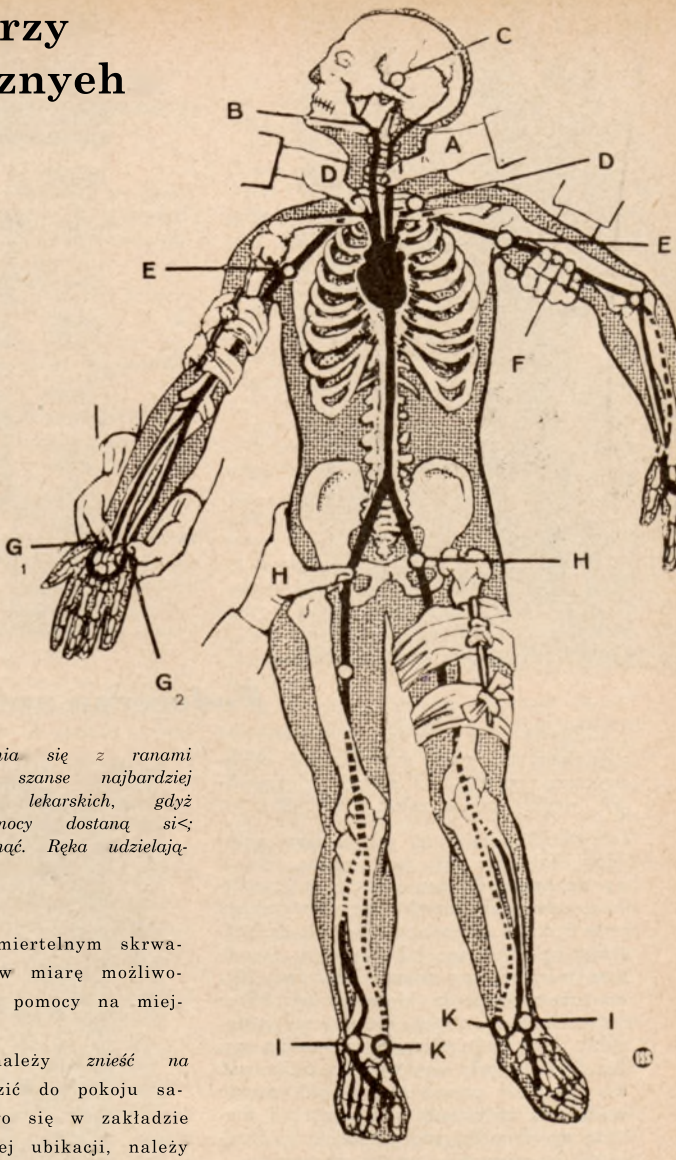
Rys 26

Pierwsza pomoe przy krwotokach zewnętrznyeh



Dr. Jan Hozer

Krwotok jest zjawiskiem tak alarmującym, że w otoczeniu wywołuje zamieszanie, którego skutkiem bywa stosowanie bezcelowych, lub wprost szkodliwych środków ratowniczych. w rodzaju hamowania krwawienia chustką do nosa, papierem lub bibułą, watą, nawet liśćmi, ulepkami z chleba itp. Takie „ratownictwo" odrazu zakaża ranę, która przy postępowaniu umiejętnym mogłaby zagoić się łatwo i bez cięższych następstw. Dzięki nieumiejętności obchodzenia się z ranami i krwotokami zmniejszają się znacznie szanse najbardziej nawet fachowych późniejszych zabiegów lekarskich, gdyż drobnoustroje, które przy pierwszej pomocy dostaną si<; do rany, nie dadzą się już później usunąć. Ręka udzielająca ipierwszej pomocy decydwije o losie rannego.



Rys. 1

Rys. 2

Najważniejszą i bezwzględnie obowiązującą zasadą w ratownictwie jest nie z a s z k o d z i ć p r z e z n i e u m i e j ę t n ą p o in o c.

W razie nieszczęśliwego wypadku, połączonego z poważniejszym zranieniem i krwotokiem, należy zachować przede wszystkim bezwzględny s p o k ó j i o p a 11 o w a 11 i e, działać jednak s z y b k o i z d e c y d o w a n i e.

Poszkodowanego należy najpierw *usunąć ostrożnie z miejsca wypadku,* bacząc, aby nie uszkodzić zranionych, złamanych lub zmiażdżonych części ciała jeszcze silniej, ani też przez nierozważne postępowanie nie narazić rannego i osób ratujących na jeszcze większe nicbezpieczeństwo. Sposób wydobywania rannego zależy od rozsądku, przedsiębiorczości, delikatności uczuć, a nieraz i odwagi osobistej ratującego i nie da się ująć w ściślejsze przepisy. Jeżeli ofiara wypadku znalazła się w sytuacji tego rodzaju, że natychmiastowe wydobycie nie jest możliwe, a krwotok wskutek uszkodzenia naczynia krwionośnego grozi śmiertelnym skrwawieniem, należy jej w miarę możliwości udzielić pierwszej pomocy na miejscu wypadku.

Poszkodowanego należy *znieść na noszach* lub zaprowadzić do pokoju sanitarnego, znajdującego się w zakładzie pracy. W braku takiej ubikacji, należy go umieścić w najbliższym i najdogodniejszym dla ratownictwa pomieszczeniu. Jeżeli krwotok jest bardzo gwałtowny, należy wykonać pierwsze chwyty ratunkowe przed jakimkolwiek dalszym transportem rannego.

Równocześnie należy *posłać po lekarza.* Osoba udająca się po lekarza powinna uzyskać pewność co do czasu, w przeciągu którego może on przybyć do rannego. Od tego zależy sposób postępowania z rannym (pozostawienie go z tymczasowym opatrunkiem lub podwiązaniem kończyny, przygotowanie transportu, przewiezienie do lekarza, do domu lub natychmiastowe odesłanie do szpitala).

Po ułożeniu krwawiącego poza miejscem wypadku, należy bezzwłocznie *obnażyć* zranioną część ciała na takiej przestrzeni, jaka potrzebna jest dla zaopatrzenia rany i wykonania chwytów ręcznych lub podwiązali dla tamowania krwi. Ubrania nie w o l n o ś c i ą g a ć p r z e z r a n ę. Jeżeli obnażenie bez dotknięcia rany lub poruszenia uszkodzonej (np. złamanej) części ciała jest niemożliwe, należy ubranie *rozciąć nożyczkami,* rozpoczynając cięcie od krwawiącego miejsca. Kończyny złamanej lub zmiażdżonej nie wolno przy tym poruszać, lecz należy ją unieruchomić aż do nadejścia pomocy lekarskiej.

Rany nie wolno dotykać — nawet umytą ręką. ani przedmiotem. Nie wolno jej płukać wodą lub innymi płynami, ani niczym zalewać, zatvkać łub zasypywać. Świeżej rany me wolno pokrywać okładami. maścią, watą tamującą krew, zalewać kroplami żelaznymi itp. Jedynym postępowaniem ratownika jest nałożenie na ranę wyjałowionego opatrunku.



Rys 3



Rys. 4

Po odsłonięciu rany, najpierw krótki rzut oka, zastanowienie się i ocena sytuacji, a dopiero po tym szybkie i zdecydowane środki ratunkowe. Podczas gdy osoby pomagające przygotowują skrzynkę ratunkową i opatrunek oraz środki ewentualnego transportu, ratownik powinien stwierdzić:

a) Czy z rany t r y s k a silnym strumieniem krew j a s n a, j a s n o < • z e r w o n a. czy też w y 1 e w a się lub s ą c z y bez wytrysku krew c i e m n a? W pierwszym przypadku została uszkodzona tętnica i krwotok jest groźny. W drugim przypadku została n-szkodzona ż y ł a i krwotok przedstawia niebezpieczeństwo znacznie mniejsze.

Jeżeli obok jasno czerwonego wytrysku zauważymy wylew barwy ciemnej, to dowód, że uszkodzona została tętnica i żyła równocześnie. Wówczas tamowanie powinno rozpocząć się od krwotoku tętniczego, jako groźniejszego-



Rys. 5

b) *Jaka* tętnica lub żyła uległa uszkodzeniu, jaki jest przebieg jej najbliższego pnia i w którym *miejscu* należy pień tętnicy *ucisnąć* lub zacisnąć. aby krwotok zatrzymać?

Po stwierdzeniu tych zasadniczych rzeczy, ratownik powinien uzależnić pierwsze chwyty ratunkowe o 5 następującego rozumowania:

Możliwość 1-sza: „Mani do czynienia z krwotokiem tętniczym. Wiem. że przez *tętnicą* płynie krew jasna w kierunku *od serca* ku ranie. Aby krwotok zatamować, muszę *ucisnąć pień tętnicy ua drodze między sercem, a raną* (serce — ucisk — rana)".

Jeżeli np. tryska krew tętnicza w okolicy przedramienia, ścisnę pień tętniczy w ramieniu. Jeżeli z podudzia. ucisn^ tętnicę udową itp.



Rys 6

Możliwość 2-ga: „Mam do czynienia z krwotokiem *żylnym.* Wiem, że krew żylna *wraca w kierunku do serca.* Należy zatem tamować nie między sercem, a *raną,* lecz poza raną, to jest w takim miejscu, *aby rana znajdowała się między sercem,* a miejscem ucisku (serce—rana—ucisk)[44].

Możliwość 3-cia: „Mam do czynienia z krwotokiem tętniczym i żylnym równocześnie. Należy wykonać s i l u y ucisk tętnicy między sercem a raną. oraz I e k k i ucisk żyły poza raną."

I waga: używania określeń „powyżej" rany (przy krowotoku tętniczym), „poniżej[44] rany (przy krwotoku żylnym), należałoby zaniechać z powodu zdarzających się zbyt często omyłek i nieporozumień. Niewyszkolony ratownik, (a dla takich przeznaczone są niniejsze przepisy), tamując np. krwotok tętniczy przedramienia, podnosi kończynę rannego do góry i wprowadzony w błąd przepisem „powyżej[44], zakłada ucisk dosłownie powyżej rany zamiast *w* tym przypadku uczynić to poniżej rany. to jest między sercem i raną.



Rys. 7



Rys 8

Przed wykonaniem ucisku należy najpierw stwierdzić, czy krwawienie nie da się usunąć zwykłym uciskiem palca w najbliższym sąsiedztwie rany. Próbę tę należy wykonać ostrożnie, aby nie dotknąć samej rany. Czynić to należy przez kawałek wyjałowionej gazy. Przy miernym krwawieniu należy nałożyć od razu aseptyczny uciskowy opatrunek, układając na ranie twardą poduszeczkę z gazy znajdującej się w gotowych opatrunkach skrzynek ratunkowych. Taki opatrunek tamuje



Rys. 9

nawet mniejsze krwawienia tętnicze, a z reguły tamuje krwawienia żylne.

Nie każde krwawienie wymaga poza uciskowym opatrunkiem osobnego tamowania. Tamować przy pomocy chwytów i zacisków należy tylko takie krwotoki, które nie ustępują pod wpływem ucisku wyjałowionego opatrunku lub takie, których siła od razu pozwala przypuszczać, że opatrunek nic wystarczy do zatamowania krwi.

Nie usuwać skrzepów tworzących się na ranie. Są one naturalnym środkiem tamowania krwotoku przez ustrój ludzki i nie należy mu przeciwdziałać, lecz ranę wraz ze skrzepem pokryć opatrunkiem. Nie należy również rany oczyszczać z mniejszych zanieczyszczeń, wyjąwszy kawrałki szkła, kamieni, cząstki ubrania, grubsze warstwy błota lub ziemi. Nie czynić tego gołą ręką, lecz przez gazę lub szczypczykami (pensetą) wypalonymi nad płomieniem.



Rys 10

Najważniejsze punkty dla *ucisku tątnic* wskazuje rys. 1 na powierzchni ciała i rys. 2 na szkielecie.

Ucisk jednej z *tątnic szyjnych,* przebiegających po obu stronach szyi ku głowie, stosujemy tylko w razie bardzo gwałtownego krwotoku z rany na szyi. Tętnicę należy naciskać w sposób podany na rys. 3 w punkcie A, wskazanym na rys. 1 i rys. 2, Tętnice szyjne biegną tuż przy tchawicy po jej stronie zewnętrznej (bocznej). Aby uniknąć ucisku tchawicy (niebezpieczeństwo uduszenia), kierować się podczas uciskania ku tyłowi, tj. ku karkowi. Równocześnie drugi ratownik powinien nałożyć na ranę poduszeczkę z aseptycznej gazy i przewiązać bandażem bez zbyt silnego ucisku. Tętnicę szyjną wolno uciskać tylko po jednej stronie szyi, gdyż równoczesny ucisk obustronny grozi natychmiastową śmiercią!

Miejsce ucisku *tątnicy twarzowej,* będącej odgałęzieniem tętnicy szyjnej, oznaczone jest literą B na rys. 1 i 2, a sposób ucisku podany jest na rys. 4. Stosujemy go przy krwawieniu twarzy (policzka) poniżej poziomu oczu. Uciskamy na płytki rowek który daje się wyczuć palcami na odcinku dolnej szczęku zbliżonym do podbródka w odstępie 1/3-ciej odległości między podbródkiem a kątem szczęki.

Miejsce i sposób ucisku *tątnicy skroniowej,* będącej również odgałęzieniem tętnicy szyjnej wskazane są na rys. 1—„C“, rys. 2—„C“ i na rys. 5. Tamuje on krwawienie z czoła oraz z przedniej i bocznej części owłosionej powierzchni głowy.

Miejsce i sposób ucisku *tątnicy podobojczykowej* wskazane są na rys. 1—„D“, rys. 2—„D“ i na rys. 6. Stosujemy go przy gwałtownym krwawieniu okolicy barku, jamy pachowej i górnej części ramienia. Rannego należy umieścić w pozycji siedzącej z głową zwróconą lekko w kierunku rany. Stając po lewej stronie rannego, ratujący chwyta lewą dłonią przedramię zgięte w łokciu, a swą dłoń prawą kładzie na jego barku. Następnie kciuk wciska w zagłębienie nadobojczykowe tuż przy zewnętrznej stronie tzw. mięśnia inostkowo - sutkowo - obojczykowego zaznaczającego się na szyi i wyczuwalnego w swoim przebiegu od kości poza uebem ku środkowej części obojczyka (przyczep mięśnia na obojczyku leży nieco bliżej środkowej linii ciała). Ucisk kierować ku dołowi, przodowi i środkowi ciała, w kierunku pierwszego żebra. Przed uciskiem obciąć paznokieć gdyż ucisk musi być nieraz dość mocny.

Ucisk *tątnicy pachowej,* stanowiącej dalszy ciąg tętnicy podobojczykowej, stosujemy przy ranach leżących niżej



Rys 12

pachy (Rys. 1-„E“, rys. 2-„E“ i rys. 7). Stając z boku, od tyłu rannego, uciskamy tętnicę w połowie jamy pachowej czterema palcami w kierunku kości ramieniowej. Gdy mamy do czynienia z poszkodowanym o silnie rozwiniętych mięśniach, ucisk należy wykonać oburącz w sposób podany na rys. 8.

Ucisk *tątnicy ramieniowej* (ciąg dalszy tętnicy pachowej) stosujemy przy krwotokach z przedramienia i dolnej części ramienia, to jest z miejsc leżących poniżej punktu F, wskazanego na rys. 1 i 2, a w sposób podany na rys. 9. Ratownik staje z tyłu i z boku rannej kończyny, którą należy wyciągnąć do poziomu, zgiąć lekko w łokciu i przybliżyć do swej twarzy. Należy następnie ująć podchwytem ramię w połowie długości i uciskać tętnicę w kierunku kości ramieniowej, czyniąc to czterema palcami, ustawionymi wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia dwugłowego (tzw. biceps). Miejsce to jest wyczuwalne palcami, jako luźniejszy rozstęp między grupami mięśni wewnętrznej powierzchni ramienia. Ranny powinien mięśnie przy ucisku odprężyć.

Przy krwawieniach ręki nie zachodzi potrzeba ucisku tętnicy ramieniowej, a wystarczy ucisk obu *tątnic przedramienia,* które, jak wskazuje rys 2 „GT“ i „Ga“, odgałęziają się od tętnicy ramieniowej w okolicy zgięcia łokciowego i biegną po obu stronach przedramienia (po stronie kciuka i po stronie małego palca). Uciskać należy kciukami obu rąk, po wewnętrznym i zewnętrznym brzegu przedramienia, tuż powyżej stawu dłoni, po stronie wewnętrznej powierzchni ramienia (rys. 2—„G“ i rys. 10).

Przy krwotoku z uda i podudzia uciskać *tątnicą udową* do kości miednicowej w' okolicy jamy pachwinowej. Miejsce, które należy uciskać połączonymi kciukami obu rąk, położone jest w środku linii poziomej, którą w myśli przeprowadzamy między środkową linią ciała, a wyrostkiem kostnym, stanowiącym zakończenie przedniej krzywizny kości miednicowej (rys. 1-„H“, rys. 2-„H“ i rys. 11).

Ponieważ tętnica udowa biegnie dalej ku dołowi nic w środkowej linii uda i nic wzdłuż jego przedniej powierzchni, lecz skręca w głąb i ku tylnej części uda, nie można jej już uciskać w punktach położonych niżej pachwiny, aż dopiero w zagłębieniu stawu kolanowego, gdzie tętnica ta rozdziela się na dwie *tątnice podudzia,* dochodzące po obu jego stronach aż do stopy. Przy krwawieniach *stopy* stosujemy na oba te odgałęzienia ucisk w miejscu, gdzie wyczuwalne są ich tętna: jedno z przodu nad stawem łączącym stopę z podudziem w środkowej linii podudzia, a drugie tuż za występem kostnym, po wewnętrznej stronie stawu skokowego (rys. 1-„I“ i „K“ i rys. 2-„I“ i „K“).

Ucisk ręczny należy stosować do chwili przygotowania przez pomocnika opaski elastycznej lub węża gumowego, względnie specjalnych przyrządów opaskowych z zapięciem i naciągiem mechanicznym. Dla wykonania podwiązania (zacisku) tętnicy układa-



Rys. 11



Rys. 13

niy w miejscu przeznaczonym do ręcznego ucisku twardy wałek z gazy i waty. Na wałek ten nawijamy elastyczną (trykotowy, gumowaną) opaskę, rozpoczynając od jej środka (rys. 12). Po nałożeniu kilku zwojów, należy zawiązać węzeł z obu wystających końców opaski (rys. 13). W węzeł ten należy wetknąć przed zaciśnięciem obu końców opaski mocny kołeczek, który służy do przekręcenia końców opaski celem mocniejszego zaciśnięcia w przypadku silnego krwotoku, gdy zacisk zwykły okaże się do tego celu za słahy. Wygląd, wykonanego w powyższy sposób, gotowego zacisku na ramieniu wraz z umocowaniem wskazuje rys. 14, w pachwinie rys. 15, a pod pachą rys. 16.

Zacisk kończyny przy pomocy węża gumowego należy stosować tylko przy bardzo gwałtownych i groźnych krwotokach tętniczych, gdy zastosowanie ucisku ręcznego lub zacisku opaską elastyczną pozostało bez skutku. Należy go nakładać na zaciskową opaskę, gdyż bezpośrednie zaciśnięcie ciała gumą jest dość bolesne (rys. 17).

Zaciśnięte ramię należy zawiesić na szyi w położeniu zgiętym w łokciu, przy pomocy trójkątnej chustki, a w jej braku przy pomocy bandaży lub większej chustki do nosa, szala itp. W pozycji leżącej należy zarówno górną jak i dolną kończynę unieruchomić *w położeniu podwyższonym,* o ile nie zachodzi przypadek złamania lub zmiażdżenia kości.

Do zacisku nie W'olno nigdy używać tasiemek, sznurka, powrózka, cienkiego paska itp. W razie groźnej sytuacji i braku opaski lub gumy, można wyjątkowo użyć szelek, skręconego w sznur płótna, chustki, ręcznika.

Przy krwawieniach palców rąk i nóg nie używać opasek, a zakładać jedynie uciskowy opatrunek na krwawiące miejsce.

Zacisk tętnicy nie może na kończynie leżeć dłużej niż 1 do 2 godzin. Pozostawienie zacisku dłużej grozi zgorzelą (gangreną) kończyny, gdyż część ciała pozbawiona dopływu krwi przez tak długi okres czasu obumiera bezpowrotnie. Tamowanie krwotoków



Rys- 14

przez zacisk jest tedy środkiem naprawdę pierwszej i krótkotrwałej pomocy, po której bezzwłocznie nastąpić musi ostateczna pomoc lekarska (operacyjne podwiązanie tętnicy). W ciągu najdalej 2 godzin musi zatem krwawiący z zaciskiem znaleźć się w rękach chirurga, najlepiej w'prost w szpitalu.

Jeżeli w ciągu pół godziny po założeniu zacisku nie nadeszła pomoc lekarska, lub też w czasie transportu do szpitala, należy zacisk nieco rozluźnić. Jeżeli krwotok po rozluźnieniu tym nie pojawi się z powrotem, należy pozostawić go nadal w stanie luźnym. (idy jednak krwotok powraca, zacisnąć z powrotem. Przy ponownym zaciskaniu, zacisk należy nieznacznie przesunąć na inne miejsce. Wszelkie zaciski nakładać jedynie z taką siłą, jaka niezbędna jest do zatrzymania krwotoku, a nie stosować bez potrzeby zacisku silniejszego. Zaciski i opatrunki uciskowe należy zabezpieczać przed niezamierzonym rozluźnieniem się w czasie transportu.



Rys 15

Istniejące w handlu różne typy przyrządów do uciskania lub zaciskania naczyń krwionośnych (,,żyłociski”), nadają się do użytku jedynie dla lekarzy i wyszkolonych sanitariuszy. W praktyce oddają najlepsze usługi środki najprostsze (opaski, guma), ze względu na taniość, dostępność i prostotę w użyciu.

Tamowanie krwotoków żylnych nie wymaga z reguły stosowania zacisków gumowych. Krwawienia żylne daje się usunąć przeważnie już przez *opatrunek uciskowy na ranę,* a przy krwawieniu z większej żyły, przez zwykły i niezbyt silny zacisk opaską elastyczną lub zwykłą. Zacisk ten nie może być tak silny, aby zniknął puls tętnicy, lecz należy go zakładać z taką tylko siłą, jaka jest potrzebna do zatrzymania krwawienia. Żyły przebiegają równolegle do tętnic, blisko po-



Rys. 16

wierzchni ciała, przeświecają przeważnie przez skórę w postaci ciemno fioletowych smug i dają się łatwo ucisnąć. Ponieważ krew żylna płynie ku sercu, kończyny krwawiącej nie należy podnosić do góry, lecz przeciwnie opuszczać na dół.

Węzłów opatrunku nie zawiązywać nad samą raną. Przy zakładaniu opatrunku na szyi, brzuchu, klatce piersiowej, uważać, aby przez zbyt silne zaciąganie bandaży nie tamować rannemu oddechu. Odnosi się to zwłaszcza do csób nieprzytomnych.

Podczas akcji ratunkowej wpływać na rannego uspokajająco. W razie wstrząsu (szoku), objawiającego się bladością, silnym potem itp. podawać ciepłe napoje (bez alkoholu), ułożyć ciało głową na poziomie, rozluźnić kołnierz. wpuścić świeżego powietrza. Rannego należy starannie nakryć dla ochrony przed zimnem, czyniąc to w taki sposób, aby nie przeoczyć wznowienia się krwotoku i aby odsłonięcie uszkodzonej okolicy ciała było możliwe bez trudu i bólu.

Transport rannego powinien o ile możliwości odbywać się na tych samych noszach, na których ułożony został bezpośrednio po wypadku. W zakładach pracy zatrudniających robotników na większej wysokości powinien znajdować się hamak, jako najbardziej polecenia godny środek przenoszenia rannego przez wąskie przejścia, ostre zakręty stronie schody. Może on zarazem służyć do spuszczania rannego z wdelkich wysokości przy pomocy sznurów, gdy użycie noszy jest niemożliwe.



Rys.17

Pierwsza |iomocii 11 or in y prawne

Inż. Zygmunt Puławski

Artykuł 12 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 roku o bezpieczeństwie i higienie pracy (Dz. U. R. P. Nr. 35 poz. 325) postanawia, że do czasu wydania polskich przepisów szczegółowych moc prawną posiadają dotychczas obowiązujące przepisy szczegółowe, to jest przepisy l>. państw zaborczych.

A\ dziedzinie pierwszej pomocy nie zostały u nas wydane żadne przepisy. Dlatego więc, zgodnie z brzmieniem wyżej cytowanego artykułu. sprawa pierwszej pomocy jest pod względem prawnym normowana tymi postanowieniami o pierwszej pomocy, jakie znajdują się w szczegółowych przepisach b. państw zaborczych. dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.

W b. zaborze rosyjskim takimi przepisami są przepisy z dnia 19 lutego 1913 r. o środkach ostrożności przy wykonywaniu robót w zakładach przemysłu fabrycznego (Zbiór Draw i Rozporządzeń Rządowych poz. 151.3), wydane przez Główny - Urząd do spraw fabrycznych.

Art. 30 tych przepisów postanawia, że w każdym zakładzie przemysłowym powinny być zastosowane przy udzielaniu pierwszej pomocy w razie nieszczęśliwych wypadków i nagłych zasłabnięć wszystkie środki, określone w przepisach wydanych przez Radę do spraw ubezpieczenia robotników.

Takie przepisy zostały wydane przez Radę w kilka miesięcy po przepisach ogólnych. Są to .,Przepisy dotyczące budowy i utrzymania zakładów leczniczych dla członków Kas Chorych, a także dotyczące norm okazywania pierwszej pomocy lekarskiej".

Zostały one po wydaniu zatwierdzone w dniu 15 czerwca (6t. st.) 1913 r. przez Ministra Handlu i Przemysłu (Zbiór Pr. i Rozp. poz. 2338).

Część tych przepisów omawia sprawę ogólnego lecznictwa, natomiast punkty 6, 7, 8, 9. 10. 11, 12 i 16 dotyczą sprawy pierwszej pomocy przy nieszczęśliwych wypadkach lub nagłych zasłabnięciach, przez co przepisy te są istotnie normami szczegółowymi, których wydanie przewidywał wyżej wzmiankowany art. 30 przepisów ogólnych.

Wydane przez Radę przepisy dość szczegółowo określają normy dla pierwszej pomocy. Postanawiają one, że każdy zakład przemysłowy powinien być zaopatrzony w należyte środki dla okazywania pierwszej (doraźnej) pomocy. Są to pi/ede wszystkim środki do tamowania krwi, do opatrywania ran i t .d., a także do wygodnego transportu (przenoszenia lub przewożenia) poszkodowanych. Spis tych środków pierwszej pomocy zestawia lekarz danej fabryki. Przepisy ustalają zasadę, że członkom Kasy Chorych należy zapewnić możliwie najszybszą pierwszą pomoc w zakładzie pracy lub poza nim. Należy zaznaczyć, że nie precyzuje się w tym miejscu przepisów, kto tę pomoc zorganizuje — przedsiębiorca, czy Kasa. Przepisy nakazują przeznaczenie w mniejszych fabrykach odpowiednio urządzonego miejsca do udzielania pierwszej pomocy, a w większych (ponad 100 robotników) specjalnego pokoju, jasnego i obszernego, zaopatrzonego w jeden leżak, przy czym powinna być zapewniona możność natychmiastowego dostawienia w razie nagłej potrzeby conajmniej dwóch takich leżaków.

Przepisy ustalają jako zasadę, że pierwsza pomoc powinna być udzielana przez lekarza. Jedynie w jego braku dopuszczalne jest okazywanie pierwszej pomocy przez wykwalifikowanego felczera z ukończoną szkołą. \X b. dużych [>izedsiębiorstwach. ponad 500 robotników, obowiązkowe są stałe dyżury wykwalifikowanego felczera.

5\ ambulansie powinien przyjmować jedynie lekarz.

A\ przepisach szczegółowych dla b. zaboru austriackiego, wydanych w dniu 23 listopada 1905 r. przez b. austriackiego Kierownika Ministerstwa Handlu (l)z. II. P. L. 176) udzielanie pierwszej pomocy ujęte jest w postanowieniach p 97. Mówią one, iż w każdym większym zakładzie lub w takim zakładzie, w którym robotnicy są bardziej narażeni na nieszczęśliwy wypadek, powinny się znajdować materiały potrzebne do niesienia pierwszej pomocy, jak bandaże, środki tamujące krew, środki wzmacniające lub dezynfekcyjne, a w razie potrzeby — także i środki do przenoszenia. Kierownicy i nadzorcy pracy powinni je umieć należycie stosować.

W b. zaborze pruskim, do czasu odzyskania Niepodległości. obowiązywały przepisy, wydane przez t. zw. „Berufsgenossenschaften". w swym ostatnim brzmieniu z roku 1910.

Przepisy te o charakterze ogólnych przepisów' bezpieczeństwa pracy zawierały również cały, dość szczegółowy dział dotyczący pierwszej pomocy.

W Państwie Polskim t. zw. „Rerufsgenossenschafty" zossłały rozwiązane, a ubezpieczenie od wypadków powierzono trzem zakładom na terenie li. zaboru Pruskiego: Krajowej I bezpieczalni w' Poznaniu, Zakładowi Ubezpieczeń dla Rolnictwa w Poznaniu oraz Zakładowi Ubezpieczeń w Królewskiej Hucie. Zakłady te zostały upoważnione do wydawania przepisów bezpieczeństwa dla swoich członków. Z tych uprawnień skorzystała przed wielu laty jedynie Ubezpieezalnia w Poznaniu, wydając ilustrowane przepisy bezpieczeństwa o charakterze dydaktyczno-instrukeyjnym. Przepisy te nie otrzymały jednak aprobaty czynników państwowych i nigdy nie były uważane za normę obowiązującą.

Ponieważ nie istnieje żaden akt prawny, któryby stanowił, że przepisy niemieckich .BerfusgeuossenschafPów" zostają automatycznie przejęte, względnie aprobowane przez polskie zakłady ubezpieczeń, w łonie władz państwowych został na ogół przyjęty pogląd, że przepisy te nie mają w Polsce mocy obowiązującej. Istotnie, nie są to przecież akty państwowo-prawne. lecz przepisy wewnętrzne, wydane przez pewną, nie istniejącą już w Polsce, organizację dla użytku

jej członków. Zarówno Mimsterstw'0 Opieki Społecznej, jak inspekcja pracy nie uważały przepisów ..Berufsgenossenschaftów" za obowiązujące.

Następstwem przyjęcia takiego poglądu było to. że na terenie b. zaboru pruskiego brak było szeregu obowiązujących przepisów szczegółowych. Dzisiaj utrata mocy obowiązującej tych przepisów jest tym wyraźniejsza, że trzy działające na terenie b. zaboru pruskiego odrębne zakłady ubezpieczeń zestały rozwiązane i wcielone na podstawde ustawy scaleniowej o ubezpieczeniach społecznych do ogólnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Należy więc przyjąć, że na terenie b. zaboru pruskiego brak jest szczegółowych obowiązujących norm prawnych w dziedzinie pierwszej pomocy. Tę lukę władze inspekcyjne wypełniają w ten sposób, że działają na podstawie art. wymienionego rozporządzenia z dnia 16 marca 1928 r. W myśl wyjaśnienia Najwyższego Trybunału Administracyjnego z r. 1931, gdy brak jest przepisu szczegółowego dla uzasadnienia słusznych i koniecznych wymagań z zakresu bezpieczeństwa pracy, inspektor pracy jest uprawniony do wydawania zarządzeń w tych sprawach, opierając się na rozporządzeniu ramowym. Ten przypadek właśnie tutaj zachodzi: inspektorzy w' h. zaborze pruskim nakazują posiadanie w zakładach pracy punktów opatrunkowych i środków pierwszej pomocy, jako niezbędnych. opierając się na swych ogólnych uprawnieniach.

Tak przedstawia się strona formalna tej sprawy. Należy zaznaczyć, że obowiązujące w Polsce przepisy w tej dziedzinie są, jak widać, niejednolite, niepełne, a niekiedy niejasne. Zachodzą mianowicie często wątpliwości, kto ma obowiązek realizować, zupełnie zresztą bezsporne i słuszne, wymagania materialne przepisów, dotyczące posiadania środków' opatrunkowych, ambulansów, środków transportu lub personelu sanitarnego: czy przedsiębiorca, czy Ubezpieczalnia. względnie, w jaki sposób obowiązek ten ma być podzielony.

Istnieje przepis, który obowiązuje Ubezpieczalnie do leczenia robotników. Stąd też wnioskują niektórzy przedstawiciele przemysłu, że obowiązek zorganizowania pierwszej pomocy leży wyłącznie na Ubezpieczalniach. Natomiast przedstawiciele kół ubezpieczeniow'ych, słusznie zresztą, twierdzą, że pierwsza pomoc nie jest tym samym, co właściwe lecznictwo i w wielu ustawmdawstwach zagranicznych jest odeń ściśle wyodrębniona. Pierwsza pomoc na terenie fabry ki jest integralnie zw iązana z ruchem fabryki i jejniebezpieczeństwami. Pierwszej pomocy udzielać należy natychmiast. Otóż jeśli w pobliżu istnieją agendy 1bezpieczalni, zaopatrzone w środki transportowe i lekarza, którymoże przybyć natychmiast - pierwszą pomoc możnaby zlecić całkowicie Ubezpieczalni. Ale zlecenie tej pomocy Ubezpieczalni w tych. często zresztą w Polsce spotykanych wypadkach, gdy Ubezpieczalnia jest b. daleko i nie rozporządza dostatecznym personelem lub środkami transportowymi - kryje w sobie to niebezpieczeństwo, że naprzykład, w nadmiernie długim oczekiwaniu na pomocUbezpieczalni, poszkodowany mógłby umrzeć z upływu krwi. zatrucia itp. pomoc tę musi zapewnić więc sama fabryka.

Ustawodawstwo Niemiec, państwa o mocno rozwiniętej sieci Kas Chorych, ściśle odróżnia te rzeczy i uważa pierwszą pomoc za obowiązek przedsiębiorcy, z tym, że obowiązki te drogą umowy specjalnej można niekiedy przekazać Ubezpieczalni.

W obowiązującym u nas, tak zresztą niepełnym, ustawodawstwie również można dopatrzyć się tego punktu widzenia. To też w dotychczasowej praktyce administracyjnej władze nasze uważają zorganizowanie na terenie fabryki służb> pierwszej pomocy za obowiązek przedsiębiorcy.

Ponieważ jednak sprawa ta nasuwała wątpliwości prawne. wszelkie zarządzenia z tej dziedziny nieraz stawały się przedmiotem długo ciągnących się sporów i postępowań odwoławczych, choćby nawet wreszcie w ostatecznej instancji przedsiębiorca przegrał i musiał uznać za swój obowiązek urządzenie punktu pierwszej pomocy. Długotrwała ta procedura bardzo szkodliwie wpłynęła na istotę samej sprawy, to jest należyte zorganizowanie pierwszej pomocy w fabryce.

Obok konieczności faktycznego podniesienia poziomu organizacji pierwszej pomocy w Polsćfc. widać więc konieczność należytego uregulowania tej sprawy pod względem prawnym dla całego terytorium naszego Państw'a.

Że czynniki państwowe zdają sobie dokładnie z tego sprawę. dowodzi zapowiedź ze strony p. Ministra Opieki Społecznej, zgłoszona na ostatniej sesji sejmowej, opracowania przez Rząd i przedłożenia w niedługim czasie ciałom ustawodawczym specjalnej ustawy o pierwszej pomocy. Zrozumienie ważności zagadnienia jest podkreślone przez zapowiedź uregulowania sprawy pierwszej pomocy nie w drodze rozporządzenia administracyjnego. lecz w drodze ustawy parlamentarnej.

Można żywić nadzieję, że w niedługim czasie ustawa taka zostanie opracowana. Powinna ona usunąć wszelkie niedociągnięcia ustawodawcze, spotykane dotąd w tej dziedzinie, a przede wszystkim sprecyzować dokładnie obowiązki przedsiębiorców i Ubezpieczalni w zakresie pierwszej pomocy.

Należy przypuszczać, że będzie ona owiana duchem zrozumienia dla tak ważnego w każdym poczynaniu pierwiastka ludzkiego i nie ograniczy się jedynie, jak przepisy dotychczasowe, do czysto materialnych zagadnień apteczek, bandaży lub noszy.

Powinna ona dać podstawę dla organizacji pierwszej pomocy w zakładzie pracy, określić obowiązki personelu pierwszej pomocy, zasady jego szkolenia i zakres jego kwalifikacyj. Ustawa ta powinna również w sposób należyty załatwić niezmiernie wrażną sprawę zapewnienia pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych. a także sprawę środków transportu poszkodow anych.

Tak pojęta ustaw'a inoże być użytecznym i cennym narzędziem, dopomagającym do istotnego zrealizowania w terenie organizacji pierwszej pomocy.

□□□ Akcja bezpieczeństwa pracy w cukrowniach w świetle sprawozdań członków kół bezpieczeństwa

W ramach kursu bezpieczeństwa pracy dla kierowników i członków kół bezpieczeństwa pracy w cukrowniach, który odbył się w dn. 7, 8 i 9 września b. r., miała miejsce wymiana dotychczasowych doświadczeń i dyskusja między uczęstnikami.

Rozwój działalności najdawniej założonego Koła w Bahinie-Tomachowskim jest nadzwyczaj charakterystyczny. W ciągu 3 lat swego istnienia Koło wprowadziło przeszło 70 udoskonaleń technicznych z dziedziny bezpieczeństwa pracy, przy czym większość w' pierwszym okresie swego istnienia. W miarę uzupełniania braków technicznych Koło zaczęło zwracać coraz większą uwagę na czynnik ludzki. W związku z tym zaopatrzono koperty wypłat w hasła i przepisy bezpieczeństwa pracy, zakupiono wydawnictwa propagandowe, wydano zakaz głośnych okrzyków w miejscach pracy i t. d. Wreszcie działalność Koła nie ograniczyła się do terenu swej cukrowni, ale ogarnęła również osadę fabryczną, gdzie przebudowano śmietniki w celu podniesienia stanu higieny; ulepszono również przejścia do miejsc pracy.

Występuje tu bardzo wyraźnie znaczenie Koła bezpieczeństwa pracy jako instytucji nie tylko zwalczającej wypadki, co jest punktem wyjścia, ale także podnoszącej ogólne warunki bytu kulturalnego załogi.

Na uwagę zasługuje uchwała Koła bezpieczeństwa pracy w cukrowni Częstocice. W myśl tej uchwały każdy członek Koła, majster lub mechanik, przyjął na siebie odpowiedzialność za pewne określone funkcje, dotyczące bezpieczeństwa pracy. Koło wolało tego rodzaju postawienie sprawy, niż zbiorową odpowiedzialność za wypadki, którą proponowała dyrekcja. Stanowisko Koła wydaje się zupełnie słuszne i w rezultacie najhardziej owocne.

Z pośród innych wysuniętych zagadnień duże zainteresowanie wzbudza sprawa właściwego doboru zawodowego robotników. Zdaniem szeregu mówców, znaczna ilość wypadków zdarza się wskutek powierzania pewnych prac ludziom, którzy się do nich nie nadają. Wynika to stąd, że przy obsadzaniu stanowisk mało zwraca się uwagę, do jakiej pracy dany człowiek nadaje się. Ponieważ chodzi tu głównie o robotników sezonowych, którzy nie są obyci z tokiem pracy fabrycznej, problem jest szczególnie ważny.

Przykład pozytywnego rozwiązania tej sprawy dał przedstawiciel cukrowni Mała Wieś. W cukrowni tej prowadzi się ewidencję ludzi, którzy pracowali w poprzednich kampaniach i powierza się im te same prace, względnie w przypadku, gdy zaobserwowano, że się do danej pracy nie nadają, przydziela się ich do pracy innej. Nowi robotnicy na stanowiskach odpowiedzialniejszych są przez pewien czas szkoleni. Oto np. nowy smarownik przechodzi przez tydzień praktykę ze starym smarownikiem.

W zakresie udoskonaleń technicznych niektóre cukrownie zrobiły dość duży wysiłek. W Gosławicach przebudowano niebezpieczny kanał transmisyjny, rozszerzono powierzchnię okien oraz w celu obniżenia temperatury na warnikach zainstalowano izolację i urządzenia wentylacyjne.

W Józefowie zainstalowano 4-woltowe lampki, zasilane z akumulatorów przy wszystkich urządzeniach, wymagających starannego utrzymywania w czystości, a których oświetlenie było niedostateczne. Przy wprowadzeniu tych ulepszeń niejednokrotnie wykorzystywane były wskazówki pp. inż. Świętochowskiego, inspekora Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz inż. Podgórskiego, inżyniera bezpieczeństwa Związku Zawodowego Cukrowni b. Kongresówki. Małopolski. Wołynia i Śląska.

Ciemną plamą na rozwijającej się obecnie akcji zapobiegania wypadkom w cukrowniach jest brak pomocy lekarskiej. Skarżyli się na to prawie wszyscy kierownicy Kół bezpieczeństwa. W razie cięższego wypadku, w którym podręczna apteczka jest niewystarczająca, poszkodowany znajduje się w sytuacji tragicznej. Cukrownie radzą sobie z tem rozmaicie: w jednej zorganizowano akcję Polskiego Czerwonego Krzyża (Horodenka); w innej otrzymano z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na czas kampanii sanitariuszkę (Ostrowite). Są to jednak tylko półśrodki, dalekie od właściwego rozwiązania sprawy.

W. S.

□□□ Zwalczanie wypadków przez dokształcanie robotników na terenie Zakładów Przemysłu Chemicznego „Boruta" S. A.

Na zebraniu służby bezpieczeństwa pracy, odbytym w dniu 19 czerwca 1936 r. wyłoniła się żywa dyskusja nad punktem regulaminu bezpieczeństwa, charateryzującym robotnika w następujący sposób: *Każdy robotnik powinien być obeznany z technicznym posterowaniem w swoim zakresie.* Dyskusja wzbudziła ogólne zainteresowanie zebranych i, co najciekawsze, dała możność wyciągnięcia konkretnego wniosku, w wyniku którego postanowiono otworzyć przede wszystkim kursy dokształcające ogólne, przez które powinien przejść każdy robotnik. Z inicjatywy dyrektora zakładu zostali zaproponowani wykładowcy i opracowano szczegółowy program kursów. Wykłady miałyby na celu gruntowne zaznajomienie z ogólnymi zasadami bezpieczeństwa pracy, z działaniem materiałów parzących i trujących, ze środkami ochronnymi, opanowaniem techniki posługiwania się wagami, termometrami, manometrami itp.; prowadzeniem notatek i sporządzaniem zapisów z dokonanej pracy i poczynionych spostrzeżeń. Zadanie wyszkolenia załóg kwalifikowanych spełniałyby kursy dokształcające szczegółowe, prowadzone pod kierownictwem oddziałów' przy współudziale mechaników.

Program kursów obejmowałby dokładne zapoznanie robotników z aparaturą i operacjami chemicznymi. Robotnicy zgłaszać się mają na kursy dobrowolnie, a po ukończeniu ich zostaliby poddani egzaminowi przed specjalną komisją. Wynik egzaminu decydowałby 0 ewentualnym awansie robotnika. Prócz tego przyjęto jako wytyczną przy przyjmowaniu nowych robotników kierowanie się ich kwalifikacjami fachowymi, a więc przyznawanie pierwszeństwa ślusarzom, monterom, tokarzom, stolarzom itp. przed innymi kandydatami, nie posiadającymi kwalifikacyj technicznych, względnie wcale niekwalifikowanymi. Jako najniższy stopień kwalifikacyj umysłowych ustalono poziom szkoły powszechnej.

Zwrócono również uwagę na stan zdrowotny przyjmowanych robotników, posuwając się aż do ewentualnego zaangażowania przez firmę lekarza, któryb\ opiniował o stopniu zdrowia kandydata.

□□□ Akcja bezpieczeństwa pracy w średnim i drobnym przemyśle

Akcja zwalczania wypadków przy pracy, zorganizowana przez Zakład 1 bezpieezeń Społecznych, nie ogranicza się do dużych zakładów przemysłowych, lecz objęła również i mniejsze zakłady, zorganizowane w Centralnym Związku Średniego i Drobnego Przemysłu, z którym to Związkiem Z. U. S. zawarł odpowiednią umowę.

W tym celu przy Centralnym Związku utworzono Wydział Bezpieczeństwa Pracy, którego zadaniem jest organizowanie i prowadzenie w myśl wskazówek Z. U. S. systematycznej akcji bezpieczeństwa pracy bądź bezpośrednio w poszczególnych zakładach pracy, bądź pośrednio przez organizacje branżowe, zrzeszone w Centralnym Związku. Wydział dąży do objęcia akcją także i niezrzeszonych zakładów pracy pokrewnych branżowo oraz — po porozumieniu się z rolniczymi organizacjami — również przemysłu wykonywanego przy gospodarstwach rolnych.

Program działania, uzgodniony z Z. U. S. jest określony regulaminem wewnętrznym, który ujmuje w następujących punktach główne zadania Wydziału:

1 zbieranie informacyj o organizacji bezpieczeństwa pracy w poszczególnych branżach i zakładach pracy,

2 uzasadnianie i rozwijanie działalności istniejących organizacyj, komórek i kół bezpieczeństwa pracy,

3 organizowanie nowych komórek służby bezpieczeństwa i opracowywanie dla nich regulaminów,

1 badanie i opracowywanie podstawowych wzorów zabezpieczeń technicznych oraz ochron indywidualnych,

3 opracowywanie instrukcyj bezpieczeństwa ruchu, aparatów i urządzeń,

6 przygotowywanie i rozsyłanie pla-

katów ostrzegawczych i materiałów propagandowych,

7 prowadzenie centralnej statystyki wypadków i opracowywanie wniosków statystycznych.

8 utrzymywanie kontaktu z pokrewnymi organizacjami bezpieczeństwa pracy w kraju i za granicą.

9 zbieranie fachowych publikacyj i udostępnianie ich branżowym organizacjom bezpieczeństwa pracy,

10 przedkładanie Zarządowi Centralnego Związku sprawozdań z działalności Wydziału oraz wniosków' o potrzebie zmiany wysokości składek za ubezpieczenie od wypadków w stosunku do poszczególnych zakładów i branż;

11 prowadzenie prac poradniczych oraz wzorowni w zakresie bezpieczeństwa pracy w przemyśle przetwórczym.

W miarę rozwoju akcji, przewidziane jest tworzenie przy poszczególnych związkach branżowych komisyj bezpieczeństwa pracy, których zadaniem będzie realizowanie pod kierunkiem Wydziału i w porozumieniu z Z. U. S. programu akcji na terenie reprezentowanych przez nie zakładów pracy.

Organami wykonawczymi Wydziału są: kierownik oraz instruktorzy, których funkcje powierzone są inżynierom specjalistom w poszczególnych działach przemysłu, obeznanym dokładnie zarówno ze stroną techniczną, jak i z zagadnieniami z zakresu bezpieczeństwa pracy. Niezależnie od tego, niektóre zagadnienia są oddawane do opracowania rzeczoznawcom technicznym oraz lekarzom. Na pokrycie kosztów' związanych z prowadzeniem akcji Centralny Związek uzyskał wydatną pomoc finansową Z. CJ. S.

□□□ Wystawa bezpieczeństwa pracy na kursie dla instruktorów junackich hufców pracy

5.X. br. otwarty został 5-cio tygodniowy kurs dla instruktorów junackich hufców pracy, zorganizowany przez Komendę Główną J.H.P., utworzoną przy Ministerstwie Spraw Wojskowych. Kurs zgromadził 116 osób, w tym 100 mężczyzn i 16 kobiet; uczestnicy mają przeważnie ukończone seminaria nauczycielskie, wielu mężczyzn zaś szkoły podchorążych.

W programie przewidziano zagadnienie bezpieczeństwa pracy. Na temat ten wygłosił dn. 19.X. 2-godzinny wykład p.t. „Gospodarcze i społeczne znaczenie bezpieczeństwa pracy[44] p. W. Adamiecki, wice - dyrektor Instytutu Spraw' Społecznych.

/ okazji wykładu każdy z uczestników' otrzymał niektóre wydawnictwa Instytutu, który zorganizował jednocześnie wystawę na cały czas trwania kursu.

Fragmenty wystawy pokazane są na fotografiach.

Wystawa ta jest czwartą z rzędu, jakie w r. h. zorganizował Instytut Spraw Społecznych, przedstawiając w sposób przystępny i atrakcyjny syntezę zagadnień bezpieczeństwa pracy. Doświadczenie wykazało, że ten środek propagandy daje doskonałe wyniki, zapoznając szerokie rzesze zwiedzających z akcją bezpieczeństwa i przyczyniając się do nawiązania stałego kontaktu z I. S. S.

□□□ Dbałość o zdrowie robotnika w przemyśle amerykańskim

Amerykańska fabryka maszyn Mc. Cormik w Chicago obchodziła ostatnio 25-lecie zaprowadzenia stałej służby bezpieczeństwa pracy. Fabryka zatrudnia 4 — 6 tys. robotników i składa się z 19 oddziałów. Ochroną zdrowia i życia robotników w fabryce zajmuje się osobny „oddział bezpieczeństwa[44], na czele którego stoi inspektor. Wspólnie z kierownikami innych działów tworzy on komisję, która co miesiąc bada stan bezpieczeństwa fabryki, analizuje przyczyny zaszłych wypadków przy pracy i uszkodzeń, oraz wydaje zarządzenia, mające zapobiec im w przyszłości. Rada załogowa, złożona z przedstawicieli poszczególnych oddziałów, zbiera się co miesiąc dla omówienia ogólnych warunków pracy, i wiele uwagi poświęca sprawom higieny i bezpieczeństwa pracy.

W poszczególnych warsztatach istnieje specjalnie wyznaczony robotnik, który dba o to, aby towarzysze jego stosowali się do zarządzeń bezpieczeństwa pracy, a więc np. nosili okulary ochronne przy pracach niebezpiecznych, zachowywali czystość i porządek, nie narażali swego ani cudzego zdrowia. Za zabezpieczenie maszyn i urządzeń odpowiedzialni są majstrowie, którzy codziennie odbywają kontrolę powierzonego im warsztatu. Jeżeli zdarzy się wypadek — wówczas działa sprawnie pierwsza pomoc, na czele której stoi lekarz fabryczny.

Dużą wagę przykłada się do propagandy bezpieczeństwa pracy. Co miesiąc odbywają się wykłady i pogadanki dla całej załogi; dwa razy w tygodniu wychodzi specjalne pisemko dla robotników; wywiesza się również plakaty ostrzegawcze. Miarą wyników, jakie dzięki tym środkom osiągnięto może hyć m. i. fakt, że w 1934 r. w 28 zakładach tego samego towarzystwa nie zaszedł ani jeden wypadek utraty wzroku przy pracy, podczas gdy dawniej było ich rocznie około 12.

□□□ XX Międzynarodowa Konferencja Pracy.

XX Międzynarodowa Konferencja Pracy (4—25 czerwca br.) zgrupowała 397 reprezentantów 50 państw, z których Egipt dopiero pod koniec obrad został przyjęty do Międzynarodowej Organizacji Pracy i uzyskał prawo głosu. W konferencji nie brały udziału Niemcy, oddawna bojkotujące wszystkie instytucje genewskie oraz Włochy, które ze względów politycznych odwołały w ostatniej chwili przyjazd swej delegacji. Należy podkreślić, że w Konferencji — w roku bieżącym wyjątkowo licznie obesłanej — brały udział Stany Zjednoczone A. P. i Japonia, mimo, że oba te państwa nie są członkami Ligi Narodów'. Współdziałanie tych państw w pracach Międzynarodowej Organizacji Pracy nadaje tej instytucji specjalne zabarwienie i dowodzi, jakie znaczenie posiada ona dzisiaj w *regulowaniu stosunków gospodarczo-społecznych* .

Konferencji przewodniczył dr. V. C. Rramsnaes, gubernator Banku Duńskiego i członek Rady Administracyjnej M. B. P. Porządek dzienny Konferencji obejmował następujące sprawy: 1) reglamentacja niektórych specjalnych systemów rekrutacji pracowników tubylczych (w koloniach), 2) płatne doroczne urlopy pracownicze, 3) skrócenie czasu pracy na robotachpublicznych prowadzonych lub subwencjonowanych przez rządy, 4) skrócenie czasupracy w budownictwie i inżynierii cywilnej. 5) skrócenie czasu pracy w przemyśle żelaza i stali, 6) skrócenie czasupracy w kopalniach węgla. 7) skrócenie czasu pracy w przemyśle włókienniczym, 8) *przepisy bezpieczeństwa pracy w przemyśle budowlanym w zakresie rusztowań i podnośników budowlanych.*

Punkty powyższe miały charakter zasadniczy i — w myśl sugestii Międzynarodowego Biura Pracy — debaty nad sprawami 1—6 powinny się zakończyć uchwaleniem odpowiednich projektów konwencyj. Co zaś do kwestyj 7 i 8 (a więc i sprawy przepisów bezpieczeństwa pracy w przemyśle budowlanym), to planowano ewentualne uchwalenie projektów konwencyj, albo też zastosowanie procedury tzw. *podwójnej dyskusji*, która polega na ustaleniu w pierwszym roku zasad konwencji, na podstawie których M. B. P. opracuje specjalny kwestionariusz; kwestionariusz ten zostanie rozesłany do rządów dla konsultacji; po uzyskaniu zaś odpowiedzi rządów, M. B. P. przygotuje i przedstawi na Konferencję następnego roku projekt konwencji.

Prócz zagadnień wyżej wymienionych Konferencja rozpatrzyła sprawozdanie doroczne Dyrektora M. B. P. oraz sprawozdania i wnioski, dotyczące następujących problemów: a) stosowania przez rządy ratyfikowanych konwencyj, b) stosowania konwencji z r. 1925 o równości traktowania pracowników, c) umów zbiorowych, d) rekrutacji i pośrednictwa pracy pracowników migrujących, e) opium, f) odży-



Wystawa zorganizowana przez Instytut Spraw Społecznych z okazji zjazdu iustruktors^iego junackich hufców pracy



Fragment wystawy I. S. S. na kursie instruktorskim junackich hufców pracy (dek. projekt. Wielhorski)

wianie pracowników, g) regulaminu i procedury Konferencji.

Dla przepracowania dość dużej ilości zagadnień, wymagających poważnej i wszechstronnej znajomości poszczególnych problemów, Konferencja wyłoniła 13 Komisyj, które wyniki swych prac przedstawiły do ostatecznego uchwalenia na plenum Konferencji.

Punkt pierwszy porządku obrad rozwiązano pozytywnie i Konferencja uchwaliła jednomyślnie projekt *konwencji w sprawie reglamentacji niektórych specjalnych systemów rekrutacji pracowników tubylczych (kolonie).* Również i problem *dorocznych płatnych urlopów* został pozytywnie załatwiony przez uchwalenie na plenum Konferencji (większością 99 głosów przeciwko 1,3) projektu odpowiedniej konwencji. Projekt ten jest w zgodzie — prawie całkowicie — z polskim ustawodawstwem urlopowym, które jednak w wielu punktach jest korzystniejsze dla świata pracy niż normy genewskie. Z podstawowych postanowień uchwalonego projektu konwencji należy wymienić uświęcenie zasady, iż sześciodniowy urlop, płatny według norm ogólnie przyjętych, przysługuje pracownikowi (fizycznemu i umysłowemu) po 1 roku nieprzerwanej pracy. Konwencja nie obejmuje pracowników' zatrudnionych w rolnictwie, marynarce handlowej, chałupnictwie oraz dozorców i służby domowej.

Trzeci i ostatni uchwalony projekt konwencji dotyczy skrócenia do 40-tu godzin tygodniowego czasu pracy na robotach publicznych, prowadzonych luh subwencjonowanych przez rządy. Projekt przewiduje *średni czas pracy*. obliczony na 40 godzin, jako przeciętna tygodniowa, według unormowanej ustawodawstwem krajowym pewnej liczby tygodni pracy.

Wszystkie następne projekty konweneyj, dotyczące skrócenia czasu pracy w przemyśle żelaza i stali, w kopalniach węgla oraz w przemyśle budowlanym i inżynierii cywilnej zostały *odrz\ucone* przez plenum Konferencji stosunkowe nieznaczną większością głosów. Mimo odrzucenia tych trzech projektów Konferencja uchwaliła zwołanie trzech specjalnych. trógrupowych konferencyj, które rozpatrzą raz jeszcze warunki skrócenia czasu pracy w przemyśle węglowym. żelazo-stalowym i budowlany m.

Należy silnie podkreślić, że w komisjach skrócenia czasu pracy w przemyśle żelaza i stali oraz w kopalniach węgla zostały przyjęte wnioski polskiej delegacji rządowej, uzależniające wejście w życie tych dwóch konwencyj od ratyfikowania jej przez dwa z pośród największych i konkurujących /- Polską na rynkach światowych producentów węgla i stali; ponadto deklaracje polskich delegatów rządowych szły w kierunku jednoczesnej ratyfikacji konwencyj przez wspomniane państwa.

W sprawach: a) skrócenia czasu pracy w⁷ przemyśle włókienniczym oraz b) przepisów bezpieczeństwa pracy w przemyśle budowlanym w zakresie rusztowań i podnośników budowlanych zastosowano procedurę (omówdoną powyżej) podwójnej dyskusji.

Projekt więc konwencji o bezpieczeństwie pracy w przemyśle budowlanym będzie przedmiotem ostatecznej dyskusji w roku 1937.

XX Międzynarodowa Konferencja Pracy uchwaliła jedynie kwestionariusz, na który rządy będą udzielały odpowiedzi, będących podstawą przyszłego projektu konwencji. Komisja bezpieczeństwa pracy wʳ przemyśle budowlanym liczyła 32 członków (16-tu z grupy rządowᵀej. 8-miu z grupy robotniczej i 8-miu z grupy pracodawców). Z ramienia Polski brali udział w pracach komisji członkowie delegacji rządowej pp. inż. A. Mazurkiewicz i inż. W. Kulczycki.

Komisja przyjęła projekt kwestionariusza, zaproponowany przez Międzynarodowe Biuro Pracy, uchwalając szereg poprawek. Między innymi Komisja uznała za konieczne i wskazane, aby przyszła konwencja zawierała postanowienia, nakazujące obowiązek kształcenia uczniów *szkól zawodowych w zakresie bezpieczeństwa pracy w budownictwie.*

Natomiast odrzuciła komisja wniosek delegata holenderskiego, zalecający uchwalenie konwencji o wykonywaniu inspekcji pracy w budownictwie. Postanowiono dołączyć ten wniosek do rezolucji, złożonej przez przewodniczącego polskiej delegacji rządowej, p. min. dr. St. Jurkiewicza, a dotyczącej wprowadzenia na porządek dzienny Międzynarodowej Konferencji Pracy w 1938 r. sprawy inspekcji pracy. Podkreślić należy, że plenum Konferencji przyjęło rezolucję p. min. Jurkiewicza jednogłośnie i bez poprawek.

Komisja w⁷ swym raporcie, przyjętym na plenum Konferencji, ustaliła, iż kwestionariusz, rozesłany poszczególnym rządom dla uzyskania ich opinii w tym zakresie, powinien zawierać następujące punkty:

A. Reglamentacja bezpieczeństwa.
B. Inspekcja.
C. Współpraca w akcji zapobiegania wypadkom.
I). Nauka zawodowa i inne środki.

Ad. A. Rządy mają się wypowiedzieć:

1) *co do formy tej reglamentacji:*

a) konwencja obejmująca tzw. regulamin wzorcowy bezpieczeństwa, b) konwencja nie obejmująca tego regulaminu, lecz zawierająca jedynie zasady bezpieczeństwa, c) zalecenia luh d) inna forma reglamentacji.

2) *co do zakresu działania:*

a) reglamentacja obejmująca wznoszenie budynków wszelkich rodzajów oraz ewentualnie i remonty budynków istniejących, b) upoważnienie władz krajowych do całkowitego luh częściowego ustalenia tego zakresu.

3) *co do oparcia konwencji częściowo lub całkowicie na normach międzynarodowych* (na tekście regulaminu wzorcowego, opracowanego przez korespondencyjny komitet przy M.B.P. w sprawach zapobiegania wypadkom przy pracy).

4) *co do środków zastosowania przepisów i nadzoru:*

a) podanie pracownikom do wiadomości postanowień przepisów bezpieczeństwa. b) wydanie specjalnych instrukcyj dla pracowników zatrudnionych w działach szczególnie niebezpiecznych, c) ustanowienie specjalnego systemu nadzoru, d) inne środki, e) nałożenie na wszystkie osoby postronne. znajdujące się w pobliżu prac. pewnych obowiązków, f) nałożenie na państwa ratyfikujące konwencję obowiązku nadsyłania — wʳ dorocznych sprawozdaniach — wyjaśnień co do zastosowania w życiu postanowień konwencji.

Ad. B. Rządy mają wypowiedzieć się co do umieszczenia w konwencji luh zaleceniu postanowień, dotyczących sprawowania inspekcji pracy w przemyśle budowlanym przez 1) organy publiczne, czy też przez 2) organy instytucyj zawodowych luh stowarzyszeń technicznych.

Ad. C. Rządy mają wyrazić swą opinię co do uchwalenia ew. zalecenia, dotyczącego współdziałania pracowników i pracodawców oraz osób zainteresowanych w zakresie zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom przy pracy w przemyśle budowlanym.

Ad. D. Rządy wypowiedzą się między innymi w sprawie umieszczenia w konwencji, ew. w zaleceniu postanowień, dotyczących wprowadzenia do programów *szkól technicznych i zawodowych nauki o bezpieczeństwie pracy* oraz uwzględnią w przepisach, normujących dostawy i roboty publiczne, postanowienia dotyczące warunków bezpieczeństwa pracy.

Należy dodać, że wspomniany powyżej (w punkcie ad. A., ustęp 3) *regulamin wzorcowy* bezpieczeństwa pracy w przemyśle budowlanym jest pracą dość obszerną i zawierającą szczegółowe przepisy dotyczące: a) rusztowań, b) podnośników budowlanych i c) środków ochrony, ratowania oraz pierwszej pomocy w razie wypadku.

Poza sprawozdaniem komisji bezpieczeństwa w przemyśle budowlanym Konferencja przyjęła również sprawozdanie komisji migracyjnej. W obradach tej komisji zabierał głos p. min. dr. St. Jurkiewicz, przedstawiając stanowisko Polski wobec zagadnień migracji i osadnictwa.

Następnie konferencja przyjęła kilkanaście rezolucyj, dotyczących szeregu aktualnych zagadnień, jak np. wolności zrzeszania się, opium, wzajemności traktowania robotników cudzoziemskich itd.

K. M.

Wydawca: Instytut Spraw Społecznych Układ graficzny: *red. E. Rafalski* Redaktor: inż. Tadeusz Skrzywan

Cena pojedyńczego zeszytu: zł 1.—
Prenumerata: rocznie zł 9.—, półrocznie zł 5.—. Prenumerata zbiorowa roczna: powyżej 10 egzemplarzy zł 7.20; powyżej 100 egzemplarzy zł 6.—. Konto P.K.O. Nr 2284

Ceny ogłoszeń: */i str. zł 300.—, % str. zł 150.—, ^4 ⁸*ʳ- zł 75.—, *Yg* str. zł 40.

S. A. Z. G „Drukarnia Polska", Warszawa, Szpitalna 12 Tel 5.87-98 w dzierżawie Spółki Wydawniczej Czasopism, Sp. z o. o,

Nowe wydawnictwa I. S. S.
* serii, dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy

21 *Melanowski W. H.* H i g i e n a i o c h r o n a n a r z ą d u w z r o k u , str. 197 .... zi 6.—

Autor książki i jej wydawca, Instytut Spraw Społecznych, poświęcili ją pamięci Doktora Med. Józefa Zielińskiego, pioniera higieny pracy w Polsce. Praca jest dostosowana do potrzeb służby lekarskiej w zakładach pracy, podczas gdy zagadnienie ochrony narządu wzroku ze stanowiska techniki i organizacji bezpieczeństwa pracy zostało celowo pominięte i będzie omówione w oddzielnej monografii.

Książka ta ma na celu zobrazowanie pewnego całokształtu zagadnień, dotyczących ochrony narządu wzroku przy pracy i jest oparta na własnym bogatym doświadczeniu autora, zdobytym w Polsce.

Autor rozpoczyna swą pracę od krótkiego omówienia danych zasadniczych z zakresu anatomii i fizjologii narządu wzroku ze wskazaniem znaczenia wpływu wad wzroku na jego sprawność i na bezpieczeństwo podczas pracy, następnie podaje główne wiadomości o chorobach oczu, upośledzających zdolność do pracy oraz o zawodowych chorobach oczu.

Obszerniejszy rozdział jest poświęcony sprawie urazów oczu, jak np.: uszkodzenie narządu wzroku przez odpryski, rany cięte i kłute, rany od tępych narzędzi, oparzenia termiczne i chemiczne, oparzenia energią promienistą i elektryczną, zranienia przy wybuchach, zranienia postrzałowe oka i oczodołu, dalej — ochrona przed nimi i organizacja pierwszej pomocy w razie wypadku. W zwięzłym ujęciu są potraktowane wiadomości o przyrządach ochronnych na oczy w warsztatach pracy.

Wreszcie wyczerpująco są omówione zagadnienia lekarskiego orzecznictwa ocznego, przytoczone są tabele stanów chorobowych narządu wzroku, skala utraty zdolności do pracy zarobkowej, oraz literatura z tej dziedziny.

22 *Cwojdzińska J.* U r z ą d z e n i a s a n i t a r n e w k o p a l n i a c h w ę g l a , str. 156 .... zł. 1.50

Praca jest oparta na opisie i ilustracjach urządzeń sanitarnych, stosowanych w górnośląskich kopalniach w'ęgla i analogicznych urządzeń w kopalniach Anglii, Niemiec i Sowietów.

Opis ten daje zasadnicze wytyczne i wskazówki dla tych przedsiębiorstw, które nie wprowaclziły u siebie właściwych urządzeń sanitarnych dla robotników, jest pomocą dla inspekcji pracy, która nadzoruje urządzenia sanitarne w kopalniach, stwarza podstawy do dyskusji nad tym zagadnieniem i może być wzorem dla większych przedsiębiorstw w innych gałęziach przemysłu, niewątpliwie bowiem szereg opisanych urządzeń może znaiezć zastosowanie również w przedsiębiorstwach innego rodzaju.

Spostrzeżenia i wnioski autora oparte są na ścisłych badaniach, przeprowadzonych na terenie Górnego Śląska pod kierownictwem Zakładu Higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i dotyczą: wody do picia, szatni, łaźni męskich i żeńskich, kabin natryskowych, ustępów i urządzeń dodatkowych, jak również projektowania odpowiednich nowych zespołów.

23 *Kuszner B.* S ł u ż b a b e z p i e c z e ń s t w a w f a b r y c e i w a r s z t a c i e , str. 80 .... zł. 1.50

Czytelnik znajdzie w tej książce rzeczową odpowiedź na pytania, jakimi zasadami należy kierować się w praktyce przy prowadzeniu akcji bezpieczeństwa pracy, jak zorganizować najważniejsze związane z tym czynności, słowem, jak poprowadzić t. zw. służbę bezpeczeństw a pracy.

Autor omawia kolejno warunki ogólne bezpieczeństwa, sposoby kontroli pracy i statystyki wstępnej, które są podstawą racjonalnego programu organizacji bezpieczeństwa pracy, przechodząc dalej do planu systematycznej pracy, zasad organizacji, akcji zespołowej całego środowiska, narad zbiorowych, metod oddziaływania, inicjatywy współpracowników, inspekcji technicznej i wreszcie do trafnych środków zwalczania wypadków i nauki oraz propagandy bezpieczeństwa pracy, określając rolę odpowiedniego piśmiennictwa, plakatów, napisów ostrzegawczych, żywego słowa, opieki nad nowicjuszami, podkreślając rolę pierwszej pomocy i wyszkolenia sanitariuszy.

Na zakończenie autor zebrał cenny materiał informacyjny, wskazując, gdzie należy szukać pomocy i rady w organizowaniu służby bezpieczeństwa pracy i w jakim stopniu mogą być pomocne w tych zagadnieniach Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Inspekcja Pracy oraz Instytut Spraw Społecznych.

24 *Nowakowski B.* O r g a n i z a c j a p i e r w s z e j p o m o c y w z a k ł a d a c h p r a c y, str. 131.

Zagadnienie ratownictwa w zakładach pracy, zagadnienie pierwszorzędnej wagi tak dla pracowników', jak i dla pracodawców', a w nie mniejszym stopniu dla mstytucyj ubezpieczeniowych — zostało po raz pierwszy obszernie potraktowane w publikacji dr. B. Nowakowskiego, kierownika oddziału higieny pracy przy Państwowym Zakładzie Higieny. Dotychczas, poza obszernym dziełem Sęczyka i Juroff'a, dotyczącym specjalnie ratownictwa w górnictwie, noszącym jednak charakter specyficzny ze względu na odrębność warunków' pracy — nie ma w języku polskim żadnej książki poświęconej temu zagadnieniu.

Dr. Nowakowski, pionier higieny pracy, wybitny jej znawca, potraktował sprawę przede wszystkim z praktycznego punktu widzenia. Poza pierwszymi dwoma rozdziałami, w których przy pomocy niezmiernie ciekawych liczi) statystycznych udowadnia konieczność zdecydowanych posunięć w zakresie organizacji służby zdrowia na terenie zakładów pracy, reszta tej książki zawiera praktyczne wskazówki i informacje.

Na specjalną nwagę zasługuje rozdział „Sprzęt ratowniczy i urządzenia pomocnicze[4]*, w którym autor wypowiada swoje uwagi o normalizacji sprzętu i materiałów pierwszej pomocy, jak również o organizacji punktów i izb pierwszej pomocy. Rozdział ten wraz z podanym na końcu spisem, obejmującym wyposażenie izb opatrunkowych, stawiają książkę w rzędzie podręczników nieodzownych zarówno w bibliotece inspektora pracy, czy inżyniera bezpieczeństwa, jak i lekarza fabrycznego, bądź też pielęgniarki fabrycznej.

Bardzo ciekawe są też uzupełnienia, w których znajdujemy przepisy prawne i normalizacyjne, obowiązujące w Polsce, w Angiii, w Belgii i Niemczech.

W programie na przyszłość wysuwa autor konieczność skoordynowania ratownictwa przemysłowego z działalnością Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i ratownictwem powszechnym i specjalnym.